

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANNA BEATRIZ LOPES TAVARES
CAROLINE STEFANY MENEZES FERREIRA ARAUJO

**CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS**

São Cristóvão

2019

ANNA BEATRIZ LOPES TAVARES
CAROLINE STEFANY MENEZES FERREIRA ARAUJO

**CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Sergipe como um dos pré-requisitos de
Conclusão do Curso de Enfermagem – Bacharel

Orientadora: Prof^a. Dra. Eliana Ofélia Llapa
Rodriguez

Coorientadora: Enf^a. Esp. Thaynara Silva dos
Anjos

São Cristóvão

2019

ANNA BEATRIZ LOPES TAVARES

CAROLINE STEFANY MENEZES FERREIRA ARAUJO

**CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Sergipe como um dos pré-requisitos de
Conclusão do Curso de Enfermagem – Bacharel.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Eliana Ofélia Llapa Rodriguez

Universidade Federal de Sergipe/UFS

Enf^ª. Esp. Thaynara Silva dos Anjos

Universidade Federal de Sergipe/UFS

Enf^ª. Esp. Sineide Souza Maia Linhares

Universidade Federal de Sergipe/UFS

Enf. Gilvan Gomes da Silva

Universidade Federal de Sergipe/UFS

Resumo:

A construção de um Modelo Assistencial de Enfermagem para Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas é essencial, já que possibilita a sistematização da assistência e o atendimento às necessidades do cliente, viabilizando a prescrição e execução dos cuidados de Enfermagem. A ausência de um modelo assistencial pode ocasionar fragilidades na assistência de Enfermagem e, por conseguinte, falta de sistematização no cuidado, o que poderia colocar em risco a saúde integral do paciente. **Objetivo:** Propor um Modelo Assistencial de Enfermagem, embasado nas Teorias de Enfermagem e em outros referenciais teóricos, que poderá ser utilizado em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas. **Método:** O presente estudo configura-se como uma pesquisa descritiva de caráter metodológico e abordagem quantitativa. Foi utilizado para a construção do modelo assistencial o ciclo reflexivo de Gibbs. As unidades de observação foram compostas por relatórios – elaborados por graduandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe durante o estágio supervisionado – e por referenciais teóricos referentes à assistência de Enfermagem prestada em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas.

Resultados e discussão: Como resultado do presente trabalho, obteve-se a análise do perfil assistencial de Enfermagem – direcionado aos pacientes dependentes de cuidados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas –, através do qual foi possível propor um modelo assistencial de Enfermagem referente a este setor hospitalar. **Conclusão:** Foi proposto um modelo assistencial de Enfermagem para Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas baseado na Teoria Humanística e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, além de um instrumento de coleta de dados e uma lista contendo os principais diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem condizentes com as nomenclaturas internacionais, ambos inerentes ao modelo proposto.

Descritores: Modelos de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem Pediátrica; Processo de Enfermagem.

Resume:

The construction of a Nursing Care Model for Pediatric Intensive Care Units is essential, since it enables the systematization of care and meeting the client's needs, enabling the prescription and execution of nursing care. The absence of a care model may cause weaknesses in nursing care and, therefore, a lack of systematization in care, which could endanger the integral health of the patient. **Objective:** To propose a Nursing Care Model, based on Nursing Theories and other theoretical references, which can be used in Pediatric Intensive Care Units. **Method:** This study is a descriptive methodological research and quantitative approach. The Gibbs reflexive cycle was used for the construction of the care model. The observation units were composed of reports – prepared by undergraduate nursing students at the Federal University of Sergipe during the supervised internship – and theoretical references regarding nursing care provided in pediatric intensive care units. **Results and discussion:** As a result of this study, we obtained the analysis of the nursing care profile - directed to patients dependent on care in Pediatric Intensive Care Units -, through which it was possible to propose a nursing care model for this sector hospital. **Conclusion:** It was proposed a nursing care model for Pediatric Intensive Care Units based on the Humanistic Theory and the Basic Human Needs Theory, as well as a data collection instrument and a list containing the main Nursing diagnoses, interventions and outcomes. international nomenclatures, both inherent in the proposed model.

Descriptors: Nursing Models; Patient Care Planning; Intensive Care Units; Pediatric Nursing; Nursing Process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVO.....	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Modelos Assistenciais de Enfermagem (MAE)	12
3.2 Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIP)	13
3.3 Metaparadigma de Enfermagem	15
3.4 Teorias de Enfermagem – definição	15
3.5 Teorias de Enfermagem – classificação	16
3.6 Teorias de Enfermagem – Teoria Humanística	17
3.7 Teorias de Enfermagem- Teoria das Necessidades Humanas Básicas	21
3.8 Etapas do Processo de Enfermagem (PE)	24
3.9 Linguagem padronizada da Enfermagem – Sistemas Internacionais	25
4 MATERIAL E MÉTODOS	27
4.1 Tipo de Pesquisa	27
4.2 Unidades de Observação Amostrais	27
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	28
4.3 Protocolo da pesquisa.....	28
4.4 Sistemática de Coleta	28
4.4.1 Fase 1- Análise dos relatórios e da literatura	28
4.4.2 Fase 2 - Análise da literatura existente a respeito das Unidades Terapia Intensiva Pediátrica.....	29
4.4.3 Fase 3- Escolhas das teorias	29
4.5 Tratamento e Análise dos Dados.....	29
4.6 Aspectos Éticos.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31

5. 1 Descrição	32
5.1.1 Descrição da UTIP	32
5.1.2 Perfil da Assistência de Enfermagem nas UTIP	32
5.1.3 Perfil dos Pacientes nas UTIP	34
5.2 Percepções	36
5.2.1 Assistência de Enfermagem nas UTIP	36
5.2.2 Modelo Assistencial de Enfermagem nas UTIP	37
5.3 Avaliação	38
5.3.1 Fragilidades nas UTIP	38
5.3.2 Potencialidades das UTIP	39
5.4 Análise	40
5.4.1 Modelo Biomédico versus MAE	40
5.5 Conclusão	41
5. 5. 1 Benefícios da Proposição do MAE	41
5.6 Plano de Ação.....	43
5.6.1 Proposta do MAE para UTIP	43
5.6.2 Construção do Instrumento de Coleta	45
5.6.3 Levantamento dos principais diagnósticos, intervenções e resultados esperados da UTIP	49
6 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	58
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

Modelos Assistenciais de Enfermagem (MAE) são definidos como representações da realidade de atuação da Enfermagem e agem como constructos teóricos que permitem ao profissional enfermeiro prever e comunicar suas ações profissionais, além de propiciar os fundamentos para a realização de cuidados seguros, eficazes e com foco no cliente (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016). Estes modelos oferecem perspectivas sobre quem são os clientes, o que verdadeiramente é a saúde, qual o papel do enfermeiro e sobre qual ambiente suas ações serão exercidas (NÓBREGA; BARROS, 2001), embasados nos Metaparadigmas da Enfermagem. Os MAE atuam de modo a auxiliar os profissionais a assimilarem o seu indispensável e complexo papel e a diferença que proporcionam à qualidade de vida dos clientes e à sustentabilidade das instituições (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016).

Dentro desse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como o Processo de Enfermagem (PE) atuam como peças importantes, viabilizando uma assistência de qualidade. A SAE organiza o trabalho quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos e torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este, por sua vez, é definido como o instrumento metodológico que direciona e documenta a prática de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Assim, os cuidados de Enfermagem são guiados pelo método científico e utilizam-se de evidências clínicas para a promoção da assistência de alta qualidade.

A SAE, o PE e os MAE configurarem-se como elementos diferentes, entretanto intimamente relacionados e associados para a obtenção de cuidados devidamente qualificados. O PE é o instrumento através do qual se aplica, de maneira direta, métodos que solucionam os problemas do cliente e que viabiliza a prescrição e execução dos cuidados de Enfermagem, através da utilização de métodos científicos e filosóficos (GARCIA; NÓBREGA, 2009). No entanto, para que o PE seja desenvolvido com excelência, faz-se imprescindível em toda e qualquer instituição de saúde a aplicação de um MAE que norteie a prática assistencial, particularmente em setores de alta complexidade, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIP) (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

A utilização de um MAE que norteie a prática profissional proporciona uma assistência de excelência, intervindo de forma integral e abrangendo tanto as afecções

biológicas quanto os aspectos psicossocioespirituais, segundo preconizado pelos fundamentos teóricos e filosóficos da ciência em Enfermagem. Entretanto, tal forma de abordagem ainda é pouco implantada no cenário nacional. Apesar do Conselho Federal de Enfermagem ter tornado obrigatória a implantação da SAE e do PE na Resolução COFEN-358/2009, são observadas fragilidades no seu processo de execução (GIOLITO; QUELUCI, 2015).

Nota-se relutância por parte de gerentes de Enfermagem em implementar o Processo, e consequentemente a utilizarem MAE, devido a inúmeros fatores. Dentre estes, a escassez de pessoal, infraestrutura de baixa qualidade e, principalmente, falta de conhecimento acerca da importância deste instrumento metodológico (OLIVEIRA, 2015).

Assim, predomina a ausência de um MAE com fundamentação teórico-filosófica-científica em diversos setores, em especial os de alta complexidade, como nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas. Dessa forma, contribui para falhas na continuidade da assistência prestada, tornando-se insegura e gerencialmente frágil, bem como para um desacordo entre os diagnósticos elencados e àqueles estabelecidos pela taxonomia oficial *Nanda International Nursing diagnoses* – NANDA-I, decorrendo em intervenções e resultados não condizentes com as taxonomias *Nursing Interventions Classifications* – NIC – e *Nursing Outcomes Classification* – NOC, respectivamente (MELO; SANTOS; DURAN, 2014). Nesse contexto, a comunicação entre os profissionais de Enfermagem torna-se dificultada.

Segundo o DATASUS, 42.141 crianças de 0 a 5 anos foram a óbito, em 2017, decorrente de causas evitáveis (BRASIL, 2017). Este dado oferece um exemplo que comprova fragilidades na assistência de saúde prestada ao público infantil e, no que diz respeito à Enfermagem, evidencia a falta de implementação de um modelo assistencial dotado de base teórico-filosófica que contemple o PE, ocasionando uma defasagem no cuidado pediátrico, que se configura como um cuidado ineficaz e inseguro.

Sabe-se que um MAE que contemple o PE deve ser planejado e desenvolvido com base nas Teorias de Enfermagem e em modelos teóricos, os quais consolidam os saberes e oferecem um aparato científico ao cuidado prestado, agregando-lhe o valor científico necessário (ALCÂNTARA et al., 2011). A relevância da presente proposta fundamenta-se frente ao fato de que o cuidado ofertado em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas demonstra fragilidades diante das discrepâncias encontradas entre os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem que são aplicados em relação àqueles pré-

estabelecidos e padronizados pelos sistemas de classificação (MELO; SANTOS; DURAN, 2014).

A complexidade das ações dos enfermeiros nas UTIP torna necessária a construção de instrumentos que sejam viáveis para aplicação prática (CAMELO, 2012). Portanto, a utilização do MAE, além de possibilitar uma filosofia de trabalho, fundamentada no metaparadigma da Enfermagem, atuará como um guia norteador do atendimento profissional. Assim, possibilita a construção de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem em harmonia com o contexto apresentado, proporcionando ordenação prática dos dados dos cuidados desenvolvidos, evitando repetições e otimizando o tempo direcionado ao atendimento dos pacientes.

Este modelo, portanto, poderá fornecer a sistematização e a cientificidade necessárias para o cuidado integral, contínuo e de alta performance. Além disso, agrega uma assistência de Enfermagem mais eficaz, segura e com menor suscetibilidade a erros, proporcionando um tratamento personalizado, qualificado e de alto nível à população infantil, condizente com a cientificidade profissional e que garanta a segurança do paciente. Ademais, este modelo assistencial poderá ser utilizado em estudos futuros que envolvam ambientes semelhantes de cuidados complexos e minimizar lacunas referentes ao seu desconhecimento e aplicabilidade.

Diante do exposto, busca-se responder às seguintes questões: como um MAE favorece o cuidado oferecido durante a assistência de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas? E quais são as teorias de Enfermagem ou modelos teóricos mais adequados para subsidiar teórica, filosófica e cientificamente o modelo assistencial em questão?

Assim, espera-se que o estabelecimento de um modelo assistencial teórico-filosófico assegure a qualidade da assistência de Enfermagem prestada no serviço em questão.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Propor um Modelo Assistencial de Enfermagem, utilizando como referencial as Teorias de Enfermagem ou modelos teóricos, que poderá ser implementado em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil dos relatórios referentes à assistência de Enfermagem prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.
- b) Analisar a adequação das teorias de Enfermagem ou modelos teóricos de acordo com a caracterização dos relatórios analisados.
- c) Elaborar um instrumento de coleta de dados utilizando como base teórico-filosófica as Teorias de Enfermagem.
- d) Listar os principais diagnósticos de Enfermagem a serem utilizados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas de acordo com a NANDA-I, mediante o perfil dos casos clínicos registrados nos relatórios em epígrafe.
- e) Elencar as principais intervenções e os principais resultados de Enfermagem a serem utilizados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica relacionadas à linguagem padronizada NIC e NOC de acordo com o perfil em questão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Modelos Assistenciais de Enfermagem (MAE)

MAE são um conjunto de estratégias que tem por objetivo estruturar as condutas do cuidado relacionado ao meio tecnológico e social ao qual está inserido, de maneira a assistir as necessidades da comunidade em torno dos aspectos epidemiológicos, demográficos e biológicos (FERTONANI et al., 2015). MAE podem ser definidos ainda como um sistema organizacional que combina tecnologias e recursos materiais e não materiais utilizados nos âmbitos de saúde a fim de orientar práticas para a solução de problemáticas individuais e coletivas em uma dada comunidade (LUCENA et al., 2006).

Seu desenvolvimento histórico sucede o período final da ditadura, posto que no fim da década de 70 o modelo vigente sofreu duras críticas, permitindo assim espaço para os demais modelos assistenciais (FERTONANI et al., 2015). O primeiro deles, o modelo clínico assistencialista, visava somente a perspectiva biológica do paciente, ou seja, a cura do corpo. Esta modalidade de intervenção seguiu presente no modelo assistencial sanitário, que contempla o parâmetro vigente na saúde brasileira. Este apresenta caráter de ação temporária e não possui integralização com as diferentes condutas e serviços no seu local de atuação (LUCENA et al., 2006; FERTONANI et al., 2015).

Além desses, há o modelo reformista, que visava a saúde ainda como mercadoria, mas, devido à crise financeira vivida no momento vigente, propôs uma racionalização dos serviços ofertados (FERTONANI et al., 2015).

E, por fim, há o modelo alternativo, que surgiu a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição de 1988 (FERTONANI et al., 2015). Nesta definiu-se o conceito de saúde como resultante das condições biológicas, sociais e culturais que permeiam as organizações determinadas socialmente dentro do contexto histórico ao qual estão inseridas durante o seu desenvolvimento cotidiano (BRASIL, 1986).

Diante disso, esse modelo dispõe da proposta de abranger a assistência ao paciente para todos os setores da saúde, respeitando os preceitos da Reforma Sanitária, além de incorporar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade, equidade e universalidade – de modo a atender as necessidades da comunidade, além de permitir maior interação entre o profissional de saúde e o paciente (LUCENA et al., 2006).

Entretanto, para que a enfermagem possa atuar nesse modelo assistencial, é necessário romper paradigmas hierárquicos institucionalizados, de modo a suscitar que a percepção assistencial seja centrada no paciente, com uma visão ampla e não apenas focada na patologia. Além disso, o modelo assistencial permite que o profissional de enfermagem exerça sua autonomia durante a efetivação das suas decisões (FERTONANI et al., 2015). Dessa maneira, a enfermagem poderá prestar um cuidado de alta qualidade objetivando a integralização do indivíduo ao seu meio social, assim como permitindo o atendimento completo no âmbito biopsicossocial do indivíduo.

3.2 Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIP)

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são definidas pela portaria nº 551, de 13 de abril de 2005, como setores reservados à assistência de pacientes em estado crítico de saúde e que, portanto, requerem cuidados permanentes executados por profissionais especializados e auxiliados por equipamentos específicos (BRASIL, 2005).

A ideia de criar-se um ambiente destinado exclusivamente ao atendimento de pacientes críticos – caracterizados por apresentarem desequilíbrios em um ou mais sistemas orgânicos – esteve presente em diversos fatos históricos marcados pela ocorrência de afecções em toda uma população (RIBEIRO; SILVA, MIRANDA, 2005). Essa ideia emergiu em meados dos anos 1850, a partir da atuação de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, durante a qual Florence distinguia e isolava os pacientes críticos de modo que recebessem uma assistência contínua e imediata (RIBEIRO; SILVA, MIRANDA, 2005).

Nesse contexto, a eficácia das Unidades de Terapia Intensiva no cuidado de indivíduos que demandam maior complexidade de cuidados foi comprovada mundialmente, com posterior implementação global destes setores específicos de saúde. Contudo, as UTIP direcionadas à assistência de alta complexidade ao público infantil, apesar de instaladas mediante a criação das UTI, teve seu surgimento tardio (MENDONÇA et al., 2019).

Com o desenvolvimento tecnológico, por volta de 1980 emergiram tecnologias, principalmente duras, capazes de suprir a demanda por diagnósticos, tratamentos e monitorização constante e de alto nível exigida por indivíduos em estado crítico de saúde (MENDONÇA et al., 2019), em especial as crianças, proporcionando a disseminação das UTIP. Consequentemente, possibilitou maiores índices de recuperação da saúde dessa

população especial, a qual possui uma estrutura orgânica-fisiológica diferente de outras faixas etárias, além de apresentarem-se mais frágeis e dependentes (TORQUATO et al. 2013).

Assim, UTIP albergam infantis que apresentam afecções orgânicas que comprometem a vida, predominando nestas unidades ações complexas de caráter emergencial decorrente da gravidade e instabilidade do estado de saúde das crianças, exigindo dos profissionais desenvoltura técnica e raciocínio clínico para a promoção de uma assistência segura (VALERA, 2017). Essas unidades, foram planejadas de modo a proporcionar assistência contínua e suporte avançado aos clientes, requerendo para isso recursos tecnológicos que auxiliem ou substituam o exercício dos órgãos vitais. Assim, são garantidos pela Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, equipamentos essenciais ao funcionamento de UTIP, tais como ventilador pulmonar mecânico microprocessado, eletrocardiógrafo, desfibrilador e cardioversor, entre outros (BRASIL, 2010).

Entretanto, o desenvolvimento tecnológico e os equipamentos sofisticados, que constituem as tecnologias duras presentes em UTIP, não são suficientes para promover a saúde integral dos pacientes pediátricos, tendo em vista que saúde é um estado de bem-estar biopsicossocial, muito além da ausência de doença (SCLIAR, 2007). Portanto, para que seja garantida, necessita de um ambiente de cuidados que perpassem o modelo biomédico centrado na cura fisiológica, requerendo não apenas o funcionamento dos equipamentos. Faz-se necessário também um exercício profissional – especialmente no tocante à Enfermagem, ciência responsável pela assistência constante e integral – que considere o ser de forma holística, com suas interações interpessoais, vivência em sociedade e as interações com o meio ambiente, priorizando um cuidado planejado especificamente para o público infantil (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

Ademais, apesar das tecnologias duras proporcionarem benefícios biológicos, são elementos potencialmente estressores aos infantis, decorrente dos ruídos constantes que emitem, aliados aos barulhos produzidos pela movimentação e vozes dos funcionários da unidade (CARVALHO; PEDREIRA; AGUIAR, 2005). O ambiente de cuidados ideal caracterizado acima é garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 4º, que responsabiliza a família, a comunidade, a sociedade como um todo e o poder público pela efetivação dos direitos da criança e do adolescente referentes à vida e à saúde (BRASIL, 1990), sendo esta no aspecto integral do ser humano.

Em meio a esse complexo ambiente de cuidados em questão, faz-se imprescindível o exercício do enfermeiro especializado na área. No que diz respeito às atividades de enfermagem nas UTIP, estas incluem a gerência do cuidado individualizado às crianças, o manejo tecnológico e humano, abrangendo também os familiares, além das demandas relativas à gerência da unidade e da prática multiprofissional (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012). Nesse contexto, para que o enfermeiro possa realizar tais atividades com alta performance, deve atuar embasado em um modelo assistencial que viabilize a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) pautado nas especificidades dos clientes, no conceito de saúde com bases teóricas e filosóficas, e no seu papel sobre o ambiente de atuação, garantindo assistência segura (VALERA, 2017).

3.3 Metaparadigma de Enfermagem

A Enfermagem enquanto ciência salienta quatro conceitos principais, que servem como alicerce e foco para todas as práticas inerentes à profissão, a saber: a pessoa – sobre a qual se aplicam os cuidados de Enfermagem –, a saúde – representando um estado de bem-estar único e individual –, o ambiente – que consiste em todos os elementos internos e externos que afetam o indivíduo – e, por fim, a Enfermagem, como a ciência e a arte do cuidado (POTTER et al., 2013).

Estes quatro conceitos principais que fundamentam a prática assistencial compõem o Metaparadigma da Enfermagem, cuja finalidade é representar em síntese as missões intelectual e social inerentes à ciência em questão. Neste sentido, as teorias de Enfermagem foram construídas sob a óptica do metaparadigma, a fim de organizar e direcionar os conhecimentos da Enfermagem, proporcionando uma assistência sistematizada e adequada (MCEWEN; WILLS, 2016).

3.4 Teorias de Enfermagem – definição

A Enfermagem cada vez mais consolida-se como ciência através da produção de uma linguagem técnico-específica desenvolvida para consolidar saberes e oferecer um aparato científico ao cuidado prestado; esta linguagem técnico-específica é representada pelas Teorias de Enfermagem (ALCÂNTARA et al., 2011).

Teorias são um conjunto de fundamentos baseados em evidências que visam explicar um evento (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014). Em vista disso, as Teorias de Enfermagem são concepções que possuem como objetivo elucidar os cuidados de enfermagem para avaliar e interpretar as informações dos pacientes (POTTER et al., 2013).

3.5 Teorias de Enfermagem – classificação

As teorias de Enfermagem podem ser classificadas de acordo com níveis de abstração, sendo de grande amplitude ou de média amplitude, ou ainda de acordo com o seu objetivo, em descritiva ou prescritiva. Entre as teorias de abstração, as de grande amplitude são metódicas e abrangentes quanto à ação, por isso exigem maior particularização através de pesquisas. No entanto, não oferecem orientações para as intervenções de Enfermagem, por estas serem específicas. Já as teorias de média amplitude são circunscritas em seu plano de ação e focam em um campo específico da enfermagem, abandonando a diversidade das situações encontradas na prática para se concentrar em apenas uma (POTTER et al., 2013).

No que diz respeito ao objetivo, as teorias prescritivas testam a validade e previsibilidade de uma intervenção de enfermagem, direcionando-a para um fenômeno, descrevendo as condições em que estas ocorrem e prevendo as consequências que acarretam (POTTER et al., 2013). Em contrapartida, as teorias descritivas apenas relatam os fenômenos e presumem suas causas e consequências. Esse tipo de teoria não está voltado apenas para o campo da Enfermagem, no entanto, contribui para avaliação do paciente (POTTER et al., 2013).

Deste modo, há teorias que são interdisciplinares, sendo compostas pelo saber científico da Enfermagem em conjunto com outras áreas de conhecimento, como por exemplo a Teoria dos Sistemas, formada por componentes separados, mas que estão inter-relacionados, partilhando de uma finalidade para formar um todo (POTTER et al., 2013).

Há ainda as teorias selecionadas, específicas da Enfermagem, destinadas à compreensão desta área. Uma delas é a Teoria Ambiental, na qual Florence Nightingale propõe mudanças nos aspectos não saudáveis do ambiente, a fim de facilitar os processos reparativos do corpo. Outro exemplo é a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, que visa auxiliar e cuidar do indivíduo até que esse maximize seu potencial de autocuidado. Na Teoria da Adaptação, por sua vez, Calista Roy preconiza identificar as demandas exigidas pelos pacientes, a fim

de promover e facilitar a capacidade adaptativa do mesmo. Já a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau, dispõe de uma interação entre o enfermeiro e o paciente. (POTTER et al., 2013).

Assim, as Teorias de Enfermagem atuam como pilares científicos que embasam, direcionam e qualificam a assistência de Enfermagem, além de oferecerem suporte à execução das etapas do Processo de Enfermagem de maneira adequada a cada âmbito de saúde (MERINO et al., 2018).

3.6 Teorias de Enfermagem – Teoria Humanística

A Teoria Humanística, desenvolvida por Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad em 1976, possui aspectos existencialistas fenomenológicos que focalizam a prestação de cuidados baseada no respeito e no diálogo com a singularidade e escolhas de cada indivíduo, considerando a Enfermagem como um “diálogo vivido” com o ser que recebe os cuidados prestados (GOMES et al., 2014). Opondo-se completamente ao modelo biomédico assistencialista que vigorava à época e que ainda prevalece em âmbitos de cuidados de alta complexidade permeados por tecnologias duras, a teoria foi sintetizada com base nas experiências vivenciadas entre o enfermeiro e o cliente, sendo estas experiências uma verdadeira partilha intersubjetiva (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Sendo o Metaparadigma de Enfermagem o elemento responsável por subsidiar os fundamentos das diversas teorias desta ciência, Paterson e Zderad estruturaram a teoria Humanística, e tudo o que ela representa, de acordo com cada conceito central do elemento citado, fornecendo uma visão única e específica sobre cada um deles (MCEWEN; WILLS, 2016).

O conceito de “pessoa” do Metaparadigma é chamado de “seres humanos” na Teoria Humanística, e nesta defende-se que os seres humanos existem sobre uma estrutura de *vir-a-ser* dependente das escolhas feitas, sendo seres dotados de capacidade e expostos a inúmeras opções que, para se desenvolverem como “pessoa”, precisam se relacionar uns com os outros, de modo a atualizarem sua individualidade e gama de informações e opções disponíveis (SILVA et al., 2018).

Quanto ao conceito de “saúde”, esta é vista como elemento essencial à sobrevivência e à qualidade de vida que vai muito além da ausência de doença. Para as teóricas em questão,

saúde é um processo de descoberta do significado da vida, estando presente em cada momento vivido, bem como nos relacionamentos desenvolvidos com autenticidade. Assim, a saúde pode estar presente no simples anseio individual de vivenciar novas experiências de vida, independente dos seus estados físico, emocional, cognitivo e espiritual (GEORGE, 2000).

Em relação ao conceito de “ambiente”, a teoria ressalta a influência da “comunidade” no modo como os indivíduos são afetados, estando duas ou mais pessoas lutando, vivendo e morrendo juntas. É na comunidade que o indivíduo é confortado e nutrido, através dos relacionamentos interpessoais (GEORGE, 2000).

E, finalmente, a “Enfermagem” é analisada dentro do contexto humano, configurando-se, na Teoria Humanística, como uma resposta confortadora de um indivíduo para outro durante um momento de necessidades, buscando o bem-estar e o *vir-a-ser*. Nesse contexto, a Enfermagem é definida como uma relação interpessoal especial direcionada à melhoria de um indivíduo com necessidades relativas ao processo saúde-doença, enxergando-o não como partes fragmentadas, mas como um todo, que é afetado por modificações que influenciam o mundo do indivíduo e a sua experiência de estar no mundo (GEORGE, 2000).

Para que a estrutura da Teoria Humanística pudesse ser praticada, objetivo maior das autoras, Paterson e Zderad sugeriram três conceitos que figuram a base da Enfermagem Humanística, sendo eles: diálogo, comunidade e Enfermagem fenomenológica (GEORGE, 2000).

O *diálogo* vivo é a própria Enfermagem. É um relacionamento criativo entre o enfermeiro e o receptor do atendimento de Enfermagem, uma interdependência pautada no fato de que as pessoas precisam ser atendidas e os enfermeiros precisam atender (SILVEIRA; FERNANDES, 2007). E dentro deste diálogo estão o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

O encontro é definido como um agrupamento de seres humanos, representado pela expectativa de que há um enfermeiro e um alguém para ser atendido. É influenciado pelos sentimentos, pelas singularidades dos participantes e pela decisão de abertura ou fechamento um com o outro (DAMASCENO; PAGLIUCA; BARROSO, 2009).

No relacionamento, processo de se estar com o outro, desenvolve-se duas formas de conhecimento sobre este outro, uma denominada “sujeito-objeto”, através da qual conhece-

se por meio de abstrações e rótulos, e outra denominada “sujeito-sujeito”, através da qual conhece-se uma pessoa pela sua individualidade única, sendo ambas as formas essenciais para a Enfermagem (GEORGE, 2000).

A presença diz respeito à atitude de mostrar-se aberto e disponível ao outro e à todas as experiências que envolvem a Enfermagem, atitude esta difícil de assumir por parte do enfermeiro, diante da necessidade de um olhar crítico para determinadas especificidades do corpo relacionadas ao processo saúde-doença (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008).

Quanto ao chamado e à resposta, últimos pontos inerentes ao *diálogo* vivo, são acontecimentos que se desenrolam simultaneamente na assistência de Enfermagem, sendo o cliente e o enfermeiro coautores dos chamados emitidos e das respostas fornecidas. Nesse contexto, os enfermeiros são capazes de identificar e lidar com chamados e respostas tanto objetivos quanto subjetivos, fato que reforça a visão holística e humanística da teoria em questão (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Partindo-se para o segundo conceito-chave da Teoria Humanística, a *comunidade* atua como um paralelo à definição de “ambiente” do Metaparadigma de Enfermagem, e também como fator essencial à atribuição de significância à existência individual através da interrelação entre os indivíduos, fator que representa a forte marca humanística da teoria (GEORGE, 2000).

Sobre *Enfermagem fenomenológica*, o último entre os conceitos principais que norteiam os saberes da Teoria Humanística, diz-se que esta é a metodologia que fundamenta a prática propriamente dita da teoria em questão. A abordagem metodológica apresentada por Paterson e Zderad, divide-se em 5 fases - semelhantemente às fases estruturantes do Processo de Enfermagem - relativas às ações que devem ser realizadas por parte do enfermeiro, a saber: *preparação para vir a conhecer*; *conhecimento intuitivo do outro*; *conhecimento científico do outro*; *síntese complementar com outros conhecimentos* e, *por último, sucessão do múltiplo para uma unidade paradoxal* (GEORGE, 2000). Segue abaixo uma síntese sobre as respectivas fases:

1. *Preparação do enfermeiro para vir a conhecer*: nesta etapa valoriza-se o autoconhecimento do profissional ao passo que afirma a importância da aceitação das opiniões e perspectivas do outro, devendo o enfermeiro estar aberto às experiências para ampliar sua gama de conhecimentos, como também para relacioná-las ao estudo das ciências humanas, artística e literária. Essas características convergem para o

conhecimento sobre os indivíduos inseridos no contexto da Enfermagem, observando-os sob uma óptica humanizada e empática que ultrapassa os limites estabelecidos pelo modelo biomédico (SILVA et al., 2018).

2. *Conhecimento intuitivo do outro por parte do enfermeiro*: esta fase representa o mais alto nível de empatia que permeia a Teoria Humanística, sugerindo que o enfermeiro, ao estabelecer contato com o cliente, desfaça-se de si mesmo, de todos os seus pré-conceitos, rótulos e julgamentos, e passe a enxergá-lo e ao seu mundo através das lentes que o outro usa. Além disso, propõe-se que o profissional, neste primeiro contato, se torne independente de listas de verificação, de modo que as respostas dadas pelo cliente não se limitem a questões fechadas, podendo, assim, o enfermeiro captar intuitivamente os detalhes e especificidades inerentes a cada interação humana (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014).
3. *Conhecimento científico do outro por parte do enfermeiro*: esta fase envolve o afastamento entre profissional e sujeito para que este seja analisado crítica e cientificamente. É nesta etapa que as experiências trocadas são interpretadas à luz da cientificidade, proporcionando a classificação, categorização e comparação do foco do estudo (GEORGE, 2000).
4. *Síntese complementar com outros conhecimentos*: neste momento, o enfermeiro deve relacionar, comparar e sintetizar as múltiplas realidades conhecidas para a obtenção de uma visão ampliada sobre a situação com a qual estiver lidando. Para isso, são utilizados conhecimentos e referenciais teóricos de educação e prática, além de experiências pessoais do profissional (GEORGE, 2000).
5. *Sucessão do múltiplo para uma unidade paradoxal*: esta última fase envolve a composição de uma unidade ou conjunto de saberes relacionados que foram obtidos a partir das múltiplas realidades conhecidas intuitivamente, analisadas, criticadas e refinadas cientificamente. A nova proposição obtida, apesar de pessoal, por advir da óptica do sujeito enfermeiro, exerce grande significância para todos que estiverem envolvidos no contexto em estudo (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014).

As fases que compõem a *Enfermagem fenomenológica*, apesar de enumeradas em uma ordem lógica, são dinâmicas, em especial as três últimas, as quais envolvem técnicas semelhantes. Assim, simultaneamente ao conhecimento intuitivo, o enfermeiro pode comparar e analisar cientificamente o fenômeno que está sob observação e até inferir hipóteses gerais sobre o tema que o envolve (GEORGE, 2000).

Diante do exposto, conclui-se que a Teoria Humanística contribui para uma assistência de Enfermagem holística, que prioriza e agrega a valorização humana aos referenciais teórico-científicos. No concernente aos setores de saúde de alta complexidade, como em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, os infantis ali instalados, a partir da perspectiva de Paterson e Zderad, não mais se sentiriam como indivíduos fragmentados, despersonalizados e caracterizados a partir de afecções biológicas, mas seriam vistos como um todo, com seus aspectos sociais e características pessoais valorizados (MERCÊS; ROCHA, 2006).

3.7 Teorias de Enfermagem- Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A Teoria das Necessidades Humanas Básica, idealizada por Wanda Horta de Aguiar, é caracterizada como uma teoria interdisciplinar, por propor um diálogo entre os diversos conhecimentos científicos, sociais, comportamentais e físicos. Essa teoria apresenta uma prática da Enfermagem consolidada em bases teóricas das diversas áreas do conhecimento (POTTER et al., 2013). A partir dessa definição, a teoria de Horta fundamenta-se nas leis gerais do equilíbrio, da adaptação, do holismo, na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow – a qual organiza hierarquicamente as necessidades humanas (CINTRA; DALBEM, 2016) – e no sistema de classificação das necessidades em níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, prescrito por Mohana (HORTA, 2011).

Com o objetivo de estruturar a teoria de modo organizado e sistematizado, Horta preocupou-se em estabelecer a Enfermagem como uma ciência que integra a equipe de saúde e atende as necessidades humanas básicas, promovendo a independência e manutenção da saúde do indivíduo e contrapondo-se ao modelo biomédico preponderantemente estabelecido (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Dessa maneira, determinou três seres que participam ativamente da Enfermagem enquanto prática: o *Ser-Enfermeiro* – ser humano dotado de potencialidades que assume um compromisso com a Enfermagem e passa a deter os conhecimentos e técnicas necessárias ao exercício da profissão –, o *Ser-Cliente* – indivíduo ou comunidade para os quais está voltada a atenção da assistência –, e, por fim, o *Ser- Enfermagem* – manifestado durante a interação entre os seres anteriores e que possui o objetivo de suprir as necessidade humanas básicas (HORTA, 2011).

Além da definição de Enfermagem, houve a estruturação de outros três conceitos: *ser humano, ambiente e saúde*. Para Horta, o ser humano é o constituinte de um todo dinâmico que está em constante interação e sujeito às leis que o rege, de modo a levá-lo a um equilíbrio ou desequilíbrio quanto ao tempo e espaço (HORTA, 2011). O ambiente é constituído como um espaço no qual o ser é envolvido, sofre interações, mudanças e é influenciado. Por fim, a saúde é definida como um estado de equilíbrio ativo entre carências biológicas, culturais e sociais do ser humano, sendo essas afetadas em qualquer grau quando se encontram em um estado de desequilíbrio (RODRIGUES; MARIA, 2009).

Através desses conceitos, as funções dos enfermeiros foram definidas em três campos de atuação: a *área da independência* destaca o enfermeiro como membro da equipe que atua na promoção, manutenção e recuperação da saúde. Já a *área específica* consiste em assistir as necessidades do ser humano, emancipando-o dessa assistência quando capaz, e a *área social* que reside na sua atuação no meio social em que está inserido, sendo este por meio do ensino, pesquisa ou associações de classe (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008). Com isso em vista, essa teoria designa um cuidado voltado não apenas para a doença, mas também para o ser humano como um todo, respeitando-o de acordo com a sua singularidade e como membro de uma família e de uma comunidade, além de reconhecê-lo como um componente do seu autocuidado (HORTA, 2011).

As necessidades retratadas na teoria são frutos dos desequilíbrios hemodinâmicos dos eventos que cerceiam o bem-estar humano. Esse processo de desequilíbrio evidencia alterações que estão relacionadas, de modo consciente ou inconsciente, com o contexto do indivíduo, família e comunidade, exigindo maior assistência da equipe de enfermagem. Assim, Horta agrupa essas necessidades seguindo as classificações de Mohana e Maslow (RODRIGUES; MARIA, 2009). A classificação de João Mohana, a seguir, consiste na divisão em necessidades que se inter-relacionam e evidenciam as dificuldades psicológicas em todos os níveis:

1. *Psicobiológicas* = configuram-se por desejos e intuições inconscientes que permeiam o ser humano e se revelam sem aviso prévio através de uma conduta adotada, por exemplo, a predisposição a hidratar-se (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).
2. *Psicossociais* = definidas como situações nas quais as interações sociais se fazem fundamentais, como conviver em um meio social (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

3. *Psicoespiritual*= relacionadas à elucidação de fatos que transpassam os conhecimentos científicos (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Por sua vez, a classificação descrita por Maslow (Figura 1) obedece a uma hierarquia fragmentada em cinco grupos representados em uma pirâmide, na qual as necessidades da base apresentam prioridade e, ao serem supridas, deixam de ser preferenciais para dar espaço às categorias seguintes (ALVES et al., 2007). Diante disso, compreende-se que as necessidades mais básicas contemplam comportamentos fisiológicos, tais como o sono, a fome e a sede, seguido das necessidades relacionadas à segurança física e psicológica (CINTRA; DALBEM, 2016).

Figura 1. Pirâmide de Maslow



Fonte: Motta, Vasconcelos (2011, p. 66).

No terceiro e quarto nível da pirâmide estão, respectivamente, as necessidades sociais associadas à aceitação, amizade, ao amor e à sensação de pertencer a um grupo, seguida pelas necessidades de estima relativas a ser reconhecido e valorizado. O último nível dessa hierarquia está ligado à autorrealização, sendo caracterizado pelo potencial de autodesenvolvimento, ou seja, aptidão para enfrentar as situações cotidianas por meio do seu autoconhecimento (POTTER et al., 2013).

As necessidades humanas básicas são inerentes a todo e qualquer ser humano, podendo ser diferenciadas na sua forma de satisfação e manifestação, sendo esta última influenciada por diversos fatores, tais como o ciclo de saúde-doença, cultura, entre outros (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008). Na Enfermagem, utiliza-se ainda mais a teoria de Horta por ela fazer uso da classificação descrita por Maslow, pois através dela é possível verificar a

integralização e percepção dos diferentes aspectos formadores dos seres, considerando, assim, o homem em todas as suas esferas (HORTA, 2011).

Para a realização do exercício profissional de maneira funcional e competente, Horta elaborou a metodologia do Processo de Enfermagem, o qual sistematiza o exercício, garantindo a qualidade na assistência. Em UTI, a utilização do PE apoiado nessa teoria garante a integralização não só do paciente, mas também da família e comunidade (HORTA, 2011). A fim de viabilizar a aplicabilidade do modelo assistencial diante dos conceitos de ser humano, ambiente e saúde, assim como a definição das funções da enfermagem, é necessário conhecimento para execução da prática profissional (RODRIGUES; MARIA, 2009).

3.8 Etapas do Processo de Enfermagem (PE)

Conclui-se, portanto, que um modelo assistencial ausente de fundamentação teórico-filosófica consequentemente não corrobora com as cinco etapas constituintes do PE.

A primeira etapa refere-se à coleta de dados ou histórico de Enfermagem, direcionada à obtenção de informações acerca do cliente, da família e da comunidade, bem como dos ocorridos em um dado momento do processo saúde-doença. A segunda etapa é composta pelo diagnóstico de Enfermagem, o qual, baseado nos dados coletados, direciona as intervenções de Enfermagem a partir dos conceitos de diagnósticos relacionados às respostas do cliente em um dado momento do processo saúde-doença (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

A terceira etapa constitui-se pelo planejamento de Enfermagem, que trata do estabelecimento dos resultados que se pretende alcançar com determinadas intervenções que serão realizadas de acordo com os diagnósticos alcançados. Na quarta etapa realiza-se a implementação, direcionada à execução das intervenções determinadas no planejamento. Por fim, a quinta etapa é reservada à avaliação de Enfermagem, na qual há a verificação de mudanças das respostas do cliente depois de aplicadas as intervenções de Enfermagem. Estas etapas estruturam o Processo de Enfermagem de modo a oferecer uma assistência completa, integral, contínua e dotada de cientificidade (HORTA, 2011).

3.9 Linguagem padronizada da Enfermagem – Sistemas Internacionais

A cientificidade do Processo de Enfermagem envolve a utilização dos sistemas de padronização da linguagem na assistência de Enfermagem, os quais propiciam uma prática segura e adequada. Essa linguagem se dispõe em três classificações complementares. A primeira delas, *Nanda International Nursing diagnoses* – NANDA-I –, estabelece diagnósticos de enfermagem por meio de uma avaliação clínica de respostas/experiências atuais ou potenciais do indivíduo. Seus 244 diagnósticos agrupam-se em 13 domínios e 47 classes e esses domínios se caracterizam por serem mais abrangentes, dividindo os fenômenos em grupos principais. Os domínios são: Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação e Troca; Atividade/Repouso; Percepção/Cognição; Autopercepção; Papéis e Relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/Tolerância ao estresse; Princípios da vida; Segurança/Proteção; Conforto e Crescimento/Desenvolvimento (INTERNACIONAL, 2018).

A utilização dessa classificação garante um diagnóstico mais seguro a fim de proporcionar uma base para as intervenções de enfermagem, as quais estão descritas no segundo tipo de classificação, a *Nursing Interventions Classifications* – NIC – que objetiva atender as necessidades fisiológicas e psicossociais do paciente, padronizando a linguagem para a documentação e assistindo o profissional nas escolhas corretas de intervenções. Essas intervenções estão dispostas em 30 classes e 7 domínios que se distribuem em: Fisiologia Básica; Fisiologia Complexa; Comportamental; Segurança; Família; Sistema de Saúde e Comunidade (DAMASCENO; PAGLIUCA; BARROSO, 2009).

E, por fim, a NOC – *Nursing Outcomes Classification* – visa descrever os resultados esperados e obtidos em decorrência das intervenções e dos diagnósticos previamente selecionados e dessa forma complementar as taxonomias citadas anteriormente. Sua taxonomia possui 5 níveis e 7 domínios que são descritos como: Saúde Funcional; Saúde Fisiológica; Saúde Psicossocial; Conhecimento de saúde e Comportamento; Saúde Percebida; Saúde Familiar e Saúde Comunitária (MOORHEAD et al., 2016).

Ao possuir o conhecimento das teorias de Enfermagem e das taxonomias a serem utilizadas, e aplicando-as a um modelo assistencial adequado, o profissional de Enfermagem poderá realizar um cuidado de alta qualidade e eficiência. Tratando-se das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, o enfermeiro será capaz de prestar assistência que supra a necessidade não só fisiológica, mas de afeto do cliente, além de construir uma relação interpessoal e criar

um ambiente de cuidado adequado à identificação e ao suprimento das necessidades do paciente.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo configura-se como uma pesquisa descritiva de caráter metodológico e abordagem quantitativa, que se propõe a construir um Modelo Assistencial de Enfermagem.

O termo “Pesquisa Metodológica em Enfermagem” é definido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde como uma pesquisa relacionada a técnicas e métodos para o estabelecimento de projetos e para a documentação de informações, desde a entrevista de pacientes até a coleta de dados clínicos (DeCS, 2018). Assim, através da pesquisa metodológica é possível elaborar, desenvolver e avaliar estratégias e instrumentos práticos e confiáveis, de modo que possam ser reproduzidos e utilizados por outros profissionais (POLIT, 2011).

A abordagem descritiva, por sua vez, permite que os dados sejam observados, registrados, classificados e descritos sem qualquer interferência do pesquisador, visando descrever as características inerentes a determinada população ou fenômeno e ainda estabelecer relações entre as variáveis observadas. A abordagem quantitativa foi escolhida de modo a traduzir as informações observadas em números, para melhor analisá-las e classificá-las (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Unidades de Observação Amostras

Foram observados relatórios construídos durante os estágios supervisionados dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, estando estes em posse do Departamento de Enfermagem da instituição supracitada, e que foram fundamentados na revisão de literatura existente referente às unidades de terapia intensiva pediátricas. Desta forma, foram utilizados referenciais teóricos para o desenvolvimento do Modelo Assistencial, os quais forneceram um aporte científico no que diz respeito ao exercício da Enfermagem nos seus diversos âmbitos de atuação e responsabilidades dentro do complexo sistema de cuidados de saúde.

A amostra, por conveniência e por saturação de dados, foi composta por 13 relatórios produzidos no período de 2013 a 2018. Para este tipo de amostra, o fechamento amostral é

definido, de maneira operacional, como a interrupção da inclusão de novos participantes a partir do momento que os dados obtidos passam a apresentar, na percepção do pesquisador, redundâncias ou repetições (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Portanto não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão para os relatórios aqueles produzidos entre 2013 até 2018 e que continham o registro de informações referentes à assistência de Enfermagem prestada em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas. Quanto à revisão da literatura, foram incluídos trabalhos científicos e livros referentes a esse setor hospitalar que correspondessem aos últimos dez anos

As unidades de observação excluídas foram aquelas que não apresentaram dados completos e que apresentassem dúvida quanto à fonte de informação.

4.3 Protocolo da pesquisa

A pesquisa foi realizada em três fases: (1) fase 1: análise dos relatórios; (2) fase 2: análise da literatura existente a respeito das UTIP e (3) fase 3: análise e escolha das teorias de Enfermagem que se adequavam na construção do modelo assistencial para o setor hospitalar pretendido.

4.4 Sistemática de Coleta

4.4.1 Fase 1- Análise dos relatórios

Inicialmente foi encaminhada uma Carta de Autorização Para Coleta de Dados (Apêndice B) ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, de modo que os relatórios do estágio supervisionado fossem concedidos para revisão e análise.

Após autorização do Conselho de Ética em Pesquisa foi iniciada a coleta de dados dos relatórios mediante a utilização do instrumento de coleta denominado “Instrumento para coleta

de dados clínicos contidos em relatórios do estágio supervisionado do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe” (APÊNDICE A).

4.4.2 Fase 2 - Análise da literatura existente a respeito das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas

Foram consideradas informações atualizadas dos últimos dez anos, incluindo livros e trabalhos científicos com abordagem sobre UTIP, analisados por intermédio de interpretação de texto, a partir da qual pretendeu-se reconhecer os aspectos condizentes e relevantes à construção do presente trabalho.

4.4.3 Fase 3- Análise e escolhas das teorias

Esta etapa foi subsidiada pela análise do perfil dos pacientes de UTI pediátricas. Assim, as teorias de Enfermagem foram escolhidas de acordo com o grau de conformidade entre o Metaparadigma de Enfermagem apresentado por estas e o perfil assistencial dos pacientes citados.

4.5 Tratamento e Análise dos Dados

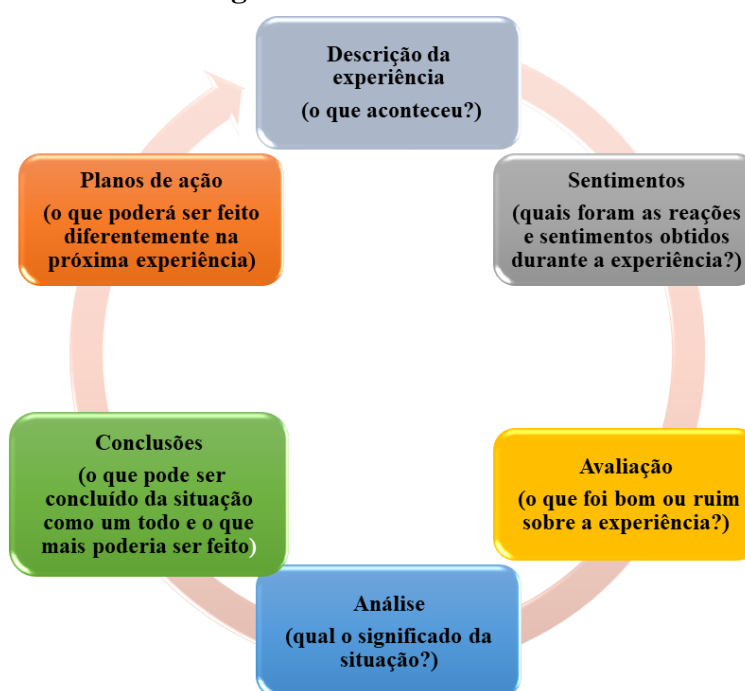
Os dados coletados dos relatórios foram caracterizados mediante estatística descritiva simples, sendo seus dados apresentados na conformação de gráficos, percentuais e descrição textual. A análise da literatura foi realizada por intermédio de interpretação de texto, a partir da qual foram identificados os aspectos condizentes e relevantes à construção do presente trabalho. Seguindo este processo, foi realizada análise por correspondência para a escolha das teorias de Enfermagem que nortearam a proposição do modelo assistencial, na qual foram identificadas as similaridades entre as teorias e o perfil dos pacientes inseridos no contexto das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas.

Ainda, os dados resultantes das três etapas descritas anteriormente foram organizados e analisados através do Ciclo Reflexivo de Gibbs, sendo esse estruturado em seis fases, a saber: 1- descrição da experiência (o que aconteceu?); 2- sentimentos (quais foram as reações e sentimentos obtidos durante a experiência?); 3- avaliação (o que foi bom ou ruim sobre a experiência?); 4- análise (qual o significado da situação?); 5- conclusões (o que pode ser

concluído da situação como um todo e o que mais poderia ser feito) e 6- planos de ação (o que poderá ser feito diferentemente na próxima experiência) (GIBBS, 2013).

Este ciclo opera segundo a Teoria da Aprendizagem Experencial, a qual defende que as experiências vivenciadas durante os diversos processos de ensino e de trabalho sozinhos não são suficientes para consolidar mudanças e aprendizagens efetivas, devendo-se refletir criticamente sobre elas. A partir desta reflexão, emergem sentimentos e pensamentos potencialmente capazes de originar conceitos e soluções para problemáticas experienciadas, permitindo que uma determinada realidade seja modificada de maneira eficaz (GIBBS, 2013).

Figura 2. Ciclo Reflexivo de Gibbs



Fonte: Gibbs (2013), adaptado.

4.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) com respeito à dignidade, autonomia e liberdade humana, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, com o seguinte número do CAAE: 16383419.2.0000.5546 (ANEXO A). Foi enviada ao(s) representante(s) do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Sergipe, a Carta de Autorização Para Coleta de Dados (Apêndice B) visando obter a autorização para análise dos dados contidos nos relatórios a serem analisados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O MAE para UTIP foi proposto a partir da análise de treze relatórios referentes à UTIP construídos durante os estágios supervisionados dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. As informações contidas nos relatórios foram extraídas com base no instrumento de coleta projetado para este fim. Dessa forma, foram obtidas informações a respeito dos dados gerais de UTIP – tais como recursos materiais e dimensionamento da jornada de trabalho da equipe de Enfermagem – e dados gerais do perfil de cuidados prestados, incluindo características dos pacientes e características da dinâmica assistencial. Tais informações são demonstradas ao longo do trabalho por meio de gráfico (Figura 3), percentuais (presentes na Figura 3 e descritos textualmente durante o trabalho) e descrição textual dos demais dados obtidos.

Aliados aos relatórios, foram obtidos dados provenientes da literatura científica, necessários à definição do modelo. Assim, foram utilizados como base teórica 61 artigos científicos, 17 livros e 3 dissertações, além de legislações e informações referentes à órgãos do governo federal. As informações obtidas mediante a literatura científica se referem a instituições das regiões norte (3 referência), nordeste (12 referências) sul (14 referências), sudeste (34 referências) e centro-oeste (21 referências) e ainda instituições internacionais (6 referências).

O modelo assistencial apresentado foi ainda fundamentado nos modelos conceituais de Horta, Paterson e Zderad e nas nomenclaturas internacionais de Enfermagem: *Nanda International Nursing diagnoses* – NANDA –, *Nursing Interventions Classifications* – NIC – e *Nursing Outcomes Classification* - NOC. Os modelos conceituais citados foram escolhidos por apresentarem elementos essenciais que devem estar contidos em um MAE de modo que a assistência supra não apenas as necessidades orgânicas – requeridas durante a internação infantil em um âmbito de cuidados intensivos – mas principalmente as necessidades psicossociais. Estes elementos, inerentes aos modelos conceituais de Horta, Paterson e Zderad, permitiram a elaboração de aspectos específicos do Metaparadigma de Enfermagem que caracteriza o MAE proposto, sendo o seu processo de elaboração descrito nas próximas seis seções que se seguem, de acordo com o ciclo reflexivo de Gibbs.

Em posse desses dados, foi possível propor o modelo assistencial tendo como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs, descrito na metodologia do presente trabalho.

5. 1 Descrição

5.1.1 Descrição da UTIP

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é um local que presta assistência a crianças de um mês de vida aos doze anos de idade incompletos, de acordo com a Lei 8.069, de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Geralmente são admitidas crianças em pós-operatório ou que apresentam afecções que implicam em um maior monitoramento. Diante disso, faz-se necessária a presença de um quadro profissional capaz de atender a todas as necessidades desses pacientes, devendo ser composto por enfermeiros assistencial e gerencial, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista e médicos diarista e plantonista (BRASIL, 2010).

Quanto aos recursos materiais, são estabelecidos – na Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – em quantidade mínima determinados equipamentos e materiais que uma UTIP deve possuir. Entre estes, o setor hospitalar em questão deve dispor de um berço hospitalar contendo ajuste de posição, grades laterais e rodízios; um equipamento por leito para ressuscitação manual, com reservatório e máscara facial; um estetoscópio; um conjunto para nebulização; quatro bombas de infusão, sendo uma para cada três leitos; fita métrica; poltrona removível, destinada ao acompanhante, sendo uma por leito; equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua e um cilindro transportável de oxigênio (BRASIL, 2010).

Em relação à dinâmica operacional de trabalho, UTIP devem operar nos três turnos, abrangendo as 24h de assistência. Durante o turno de trabalho, os leitos devem ser supervisionados por enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo no mínimo, um enfermeiro assistencial para cada oito leitos ou fração, em cada turno, um técnico de enfermagem para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno. Tais condições de funcionamento são respeitadas na dinâmica operacional das UTIP analisadas nos relatórios.

5.1.2 Perfil da Assistência de Enfermagem nas UTIP

Diante do alto nível de complexidade assistencial demandado pelos serviços de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, exige-se dos profissionais enfermeiros atuantes neste âmbito especialização em terapia intensiva – ou especialidade

semelhante direcionada à assistência ao paciente grave – relacionada à modalidade de atuação, seja ela adulto, pediátrica ou neonatal (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, os enfermeiros devem desenvolver competências condizentes com a alta demanda técnica e científica relacionada ao cuidado intensivo pediátrico, caracterizado pela operacionalização de aparelhos tecnológicos complexos (PESSALACIA et al., 2012) e pelas especificidades relativas ao cuidado infantil e também familiar, levando-se em conta o alto grau de influência e participação que os cuidadores de crianças hospitalizadas exercem sobre o processo saúde-doença destes (MELO et al., 2014).

Assim, enfermeiros intensivistas pediátricos devem atuar com base em raciocínios clínicos voltados para a ação, de modo a aperfeiçoar estratégias assistenciais e mobilizar recursos que as viabilize, assumindo a responsabilidade de prestar um cuidado de alta qualidade assegurado cientificamente, a fim de priorizar as necessidades dos infantis (SANTOS et al., 2015).

Dentre as atividades de incumbência do enfermeiro intensivista, destacam-se aquelas relacionadas à assistência diretamente clínica – como anamnese, exame físico, execução de intervenções relativas ao tratamento e educação em saúde – e também as atividades relativas a questões gerenciais – como gestão das unidades e de recursos humanos e materiais (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012).

Diante das atividades inerentes ao enfermeiro em UTIP, aliadas à complexidade assistencial requerida neste âmbito, cuidados de Enfermagem centrados na doença ainda são predominantes a nível local e nacional. Como mencionado no presente trabalho, a hospitalização em UTIP decorre de afecções graves dos sistemas orgânicos que comprometem a vida. Assim, contribui para que a assistência de Enfermagem seja pautada no modelo biomédico, com o foco na resolução das gravidades intercorrentes e no tratamento das doenças fisiológicas (SILVA, 2013). Frente a hegemonia exercida pelo modelo biomédico, a Enfermagem brasileira e internacional opera sob uma ideologia curativa, na qual o cuidado deixa de ser centrado no paciente para priorizar as tarefas a serem executadas (LUCENA et al., 2006).

5.1.3 Perfil dos Pacientes nas UTIP

Sabe-se que é imprescindível a necessidade de reconhecer de maneira minuciosa as características dos serviços, bem como dos pacientes, os quais são caracterizados desde a avaliação da gravidade até traços epidemiológicos. Assim, estima-se os recursos a serem utilizados e a organização dos processos realizados, de forma a melhorar o desempenho do atendimento dessas unidades (LANETZKI et al., 2012).

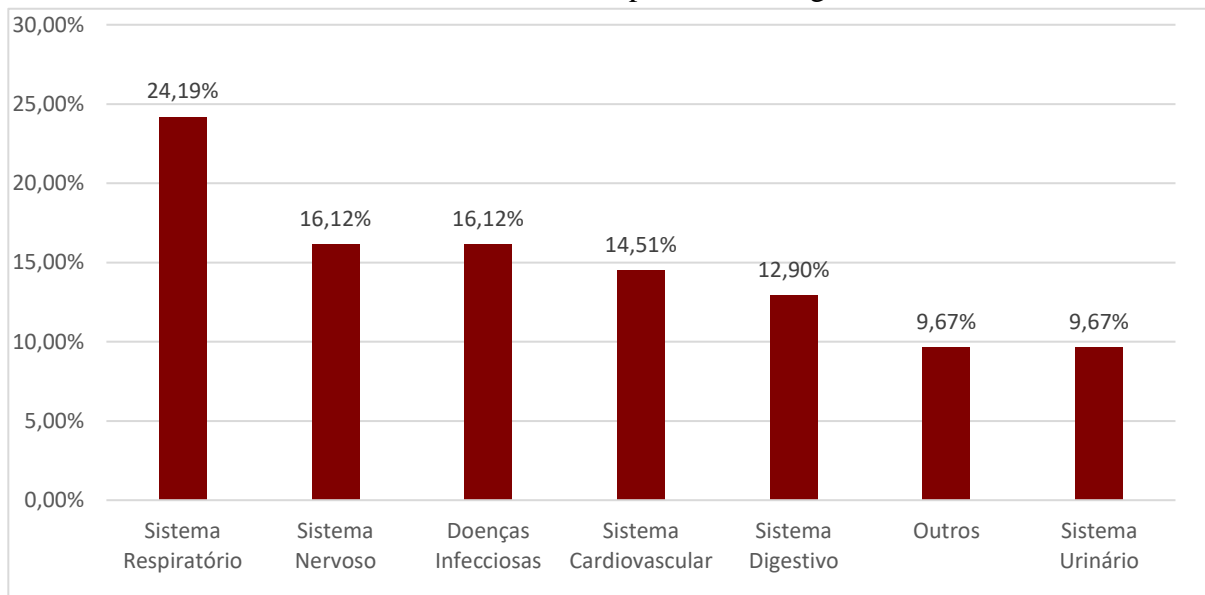
No contexto das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, a níveis local e nacional, observa-se que a maioria das internações ocorrem devido a motivos clínicos que agredem os sistemas respiratório, cardiovascular e nervoso (BATISTA et al., 2015). Nos 13 relatórios analisados, as afecções predominantes das admissões nas UTIP foram relacionadas ao sistema respiratório (24,19%, repetição de 15 vezes), seguidas pelos acometimentos do sistema nervoso (16,12%, repetição de 10 vezes), doenças infecciosas (16,12% repetição igual à anterior) e pelas patologias do sistema cardiovascular (14,51% repetindo-se nove vezes) (Figura 3).

Embora seja notável a crescente presença das doenças crônicas e degenerativas no Brasil, as doenças infecciosas e parasitárias ainda se fazem preponderantes sobre a população pediátrica. A prevalência dessas afecções figura uma das maiores causas de óbito em UTIP, e por estas afecções serem influenciadas por aspectos referentes a melhores condições de vida e à prevenção primária, refletem fragilidades na rede de atenção à saúde da localidade em que esta situação ocorre (MENDONÇA et al., 2019).

Além dos sistemas orgânicos mencionados, prevalecem também – embora em menor quantidade – desequilíbrios gastrointestinais e urinários (ALVES et al., 2014). Nos relatórios analisados indicou-se a presença de afecções do sistema digestivo (12,9% com 8 repetições) e do sistema urinário (9,67% com 4 repetições) (Figura 3), corroborando com a literatura.

Diversos achados clínicos referentes à admissão de crianças em UTIP, diferentes dos já mencionados, foram agrupados no grupo “outros” (Figura 3). Estes incluem diagnósticos isolados e de baixa ocorrência no setor em questão, como por exemplo mucopolissacaridose tipo I.

Figura 3. Prevalência de causas de admissão nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas descritas nos relatórios por sistema orgânico.



Fonte: o autor, 2019

Ainda sobre o perfil dos pacientes instalados nas UTIP estudadas, ressaltam-se as causas admissionais relacionadas a maus-tratos infantis. Em três dos relatórios analisados, observou-se o registro de crianças hospitalizadas na UTI por lesões corporais decorrentes de agressão física sofrida no ambiente domiciliar. Estudos estimam que cerca de 10% dos atendimentos infantis realizados em serviços de emergência decorrem de maus-tratos físicos e negligenciais (SANTOMÉ et al., 2018). Desse modo, evidencia-se a necessidade de uma assistência que atente para os aspectos psicossociais inerentes às crianças, pois estes fornecem informações a respeito do nível de segurança emocional possuído por elas, o qual, nesta faixa etária, é de responsabilidade dos seus responsáveis (NUNES; SALES, 2016).

Foram avaliados, igualmente, os diagnósticos de enfermagem presentes nos relatórios analisados. O diagnóstico de integridade da pele prejudicada – quando há alterações cutâneas – apresentou maior prevalência com 4,76%, constatando com os dados encontrados na literatura, tendo-o como um dos diagnósticos mais presentes (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015). Em seguida, há prevalência de 5,71% equivalente aos diagnósticos risco de aspiração e desobstrução ineficaz das vias aéreas, pertencentes ao domínio 11 (Segurança/Proteção), equivalente ao relatado na literatura (TAVARES et al., 2013).

O percentual para padrão respiratório ineficaz e troca de gases prejudicada mostrou um predomínio de 4,76% nos relatórios, assim como a presença de 6,66% de alterações na termorregulação exemplificado pelos diagnósticos encontrados de hipertermia, hipotermia e risco de termorregulação ineficaz. Ambos os domínios representados por esses diagnósticos – Atividade/Repouso; Eliminação/Troca; Segurança/Proteção –, respectivamente, estão representados na literatura (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015).

Além dos diagnósticos de Enfermagem que envolvem as questões biológicas dos pacientes, há aqueles que abordam as condições psicossociais, como ansiedade, proteção ineficaz, medo e envolvimento em atividades de recreação diminuído, contudo, são prescritos em uma ínfima escala no que diz respeito às UTIP presentes nos relatórios, fato que se encontra consonante com o encontrado na literatura (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015; TAVARES et al., 2013).

Ao analisar na literatura uma face contrária àquela focada na patologia das crianças, observa-se evidências relativas ao estado psicoemocional de extrema importância. A identificação dessas evidências envolve tanto as crianças quanto sua família, pois estas são expostas a uma situação de acentuada vulnerabilidade, a qual, no caso dos infantes, pode acometer seu adequado desenvolvimento (MORAIS; COSTA, 2009).

Dessa maneira, os primeiros sinais de afecções emocionais são indicados pelo medo e a ansiedade, que surgem em resposta ao desconhecimento do local em que a criança se encontra, afastamento dos familiares e à submissão a uma série de procedimentos que, em suma, não são explicados (MOLINA et al., 2009). A ausência de uma figura materna ou paterna e a presença de um ambiente estressor corrobora para o desenvolvimento da insegurança e pode culminar em um dos sinais psicológicos mais frequentes observados na criança internada: o estresse emocional (MOLINA et al., 2009).

5.2 Percepções

5.2.1 Assistência de Enfermagem nas UTIP

Desse modo, observou-se que a assistência de Enfermagem prestada nas UTIP analisadas é insuficientemente direcionada aos aspectos psicossociais e emocionais. Dos relatórios avaliados no estudo, apenas um (aproximadamente 7,7% do total) registrou no exame físico dados relativos aos aspectos mencionados e, ainda assim, o registro incluiu apenas duas

características que refletem o estado emocional de um indivíduo, sendo estas “choro” e “fácies de dor”. Nos 12 relatórios restantes (92,3%), as coletas de dados descritas se concentravam apenas nos achados clínicos inerentes à saúde física e orgânica dos pacientes.

Além disso, foi percebido que apesar da essencialidade de uma coleta de dados sistematizada, no contexto da saúde infantil ainda se observam inconsistências a respeito das informações que devem ser colhidas pelos enfermeiros junto às crianças, as quais servem para embasar as decisões clínicas e guiar os cuidados de Enfermagem (GUEDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

5.2.2 Modelo Assistencial de Enfermagem nas UTIP

Ao se tratar do registro da assistência de Enfermagem nas UTIP descritas nos relatórios, constatou-se ausência de um modelo assistencial que organize e norteie os cuidados. A coleta de dados rotineira dos pacientes, bem como o planejamento de Enfermagem e priorização de ações são anotados em um livro de ordens e ocorrências presente no setor, relatado em todos os relatórios avaliados. Este livro, segundo os relatórios, atua como registro para a descrição dos procedimentos realizados em cada paciente, dispositivos e medicamentos em uso, solicitação de exames, pendências em geral, além de conter quantitativo de funcionários escalados, faltas, atestados. Também abordava quantitativo de alguns materiais da unidade, número de crianças da unidade, descrição das intercorrências e requisição de materiais. Contudo, o livro de ordens e ocorrências deve ser destinado ao registro apenas de ocorrências e intercorrências referentes à equipe (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012). Isso demonstra a ausência de padronização e sistematização presente na unidade.

Durante o estudo, observou-se nos relatórios a inexistência de um impresso que sistematize e embase as etapas do Processo de Enfermagem. Os possíveis diagnósticos e intervenções de Enfermagem são pensados e executados com base em uma restrita gama de informações a respeito do cliente adquiridas durante a coleta de dados, a saber: “condições de chegada do paciente, diagnóstico médico, idade e quem o levou”. Além disso, refere-se que a coleta de dados se concentra no exame físico do paciente, não havendo registro algum sobre o olhar acurado para as características psicossociais e emocionais. Ademais, as informações referentes aos exames físicos realizados e terapêutica em uso de cada paciente são transmitidas aos outros profissionais de Enfermagem de forma oral, durante a passagem do plantão.

5.3 Avaliação

5.3.1 Fragilidades nas UTIP

As Unidades de Terapia Intensiva, em sua totalidade, são compostas por uma tecnologia complexa e moderna com a finalidade de auxiliar na assistência ao paciente. No entanto, a presença dessa tecnologia ocasiona situações que desagradam os que estão ao seu redor, como o profissional de enfermagem. A coexistência com os aparelhos tecnológicos torna susceptível a adoção, por parte dos enfermeiros, de uma postura mecanicista que prioriza o conhecimento sobre a tecnologia em detrimento da humanização no atendimento, posicionando a essência da prestação do cuidado em um plano secundário (PESSALACIA et al., 2012).

O ruído excessivo proveniente do grande número de máquinas na unidade pediátrica é o principal fator de desvio da demanda de atenção dirigida pelo enfermeiro, pois dificulta a comunicação e a compreensão de palavras ou frases, induzindo ao erro durante o cuidado e, conseqüentemente, afetando a segurança do paciente. Esse estímulo sensorial negativo à assistência de Enfermagem compromete ainda a interação das mães com as crianças, devido ao afastamento das primeiras motivado pelo barulho desagradável (SANTOS et al., 2015).

A relação da família com as UTIPs demonstra uma linha tênue no que se refere à sua interação com o meio. A relevância desta relação entre família e o setor hospitalar em questão pode ser percebida através da assertiva estabelecida pelo Art. nº 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente – a qual define que toda e qualquer unidade de saúde, incluindo as neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deve garantir condições para a permanência constante de um dos pais ou responsável de crianças internadas – (BRASIL, 1990). Essa assertiva é ainda reforçada pela Política Nacional de Humanização a qual preconiza a adequação do ambiente hospitalar para o acolhimento da família (BRASIL, 2010). No entanto, a inclusão da família no cuidado da criança pleiteia, sobretudo, a colaboração dos enfermeiros em inseri-los na dinâmica da rotina da UTIP; se isso não acontece, observa-se uma família que assume uma posição pacífica em uma rotina de horários pré-estabelecidos e um cuidado focado nas manifestações patológicas do paciente (CARDOSO, 2009).

Nesse contexto, um relatório em especial registrou em parágrafo único como ponto negativo da unidade o “desamparo da família dos pacientes pela equipe como um todo, mas principalmente a de Enfermagem”. Diante disso, nos relatos constam a realização de uma

educação em saúde com os profissionais de Enfermagem sobre a importância da família na recuperação da criança. Entretanto, o feedback recebido por parte destes profissionais foi “a equipe não se mostrou aberta a modificar seu comportamento com a família em busca de uma melhor relação entre ambas”.

Dentre as fragilidades da UTIP, há uma recorrência na literatura sobre a inadequação dos registros de enfermagem realizados nesse setor. O quadro insuficiente de profissionais para atendimento na unidade, desde os procedimentos até a observação dos clientes, favorece a não priorização dos registros de enfermagem (SANTOS et al., 2015). Dessa forma, compromete-se tanto a comunicação entre a equipe quanto o processo de Enfermagem, viabilizando a confecção de um histórico de Enfermagem deficiente, tornando passível a ocorrência de falhas nos diagnósticos, intervenções e resultados esperados de Enfermagem e, conseqüentemente, ocasionando uma assistência deficitária (BORSATO et al., 2011). Ademais, foram referidas diversas vezes nos relatórios analisados insuficiência de recursos humanos e materiais para uma adequada assistência, estrutura física que não suporta a dinâmica assistencial e número elevado de pacientes em relação ao de profissionais, apesar do dimensionamento de profissionais realizado na unidade e descrito anteriormente neste trabalho.

5.3.2 Potencialidades das UTIP

Apesar das fragilidades encontradas no contexto das unidades de cuidados intensivos em pediatria, observam-se potencialidades que podem ser exploradas e aperfeiçoadas. Neste aspecto, constatou-se registro em todos os relatórios da competência técnica e gerencial dos enfermeiros das UTIP. São descritas realizações diárias de atividades como a administração e supervisão de equipamentos, provisão, previsão e solicitação de materiais, encaminhamento das solicitações de exame, preenchimento do livro de solicitações de avaliação, resolução e negociação de conflitos, checagem de equipamentos, altas, procedimentos e solicitação de vagas no setor. Tais atividades estão, portanto, inseridas nas incumbências do enfermeiro relativas à gerência, como o planejamento, supervisão e coordenação da equipe de Enfermagem, bem como administração dos recursos humanos e materiais (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012).

Além das atividades descritas acima, observou-se ainda nos relatórios o registro sobre a atenuação de conflitos e montagem da escala de atribuições diárias da equipe de Enfermagem, em consonância com o que a literatura destaca sobre ser responsabilidade do enfermeiro

administrar e promover a resolução de conflitos, além de dimensionar e direcionar as atividades que competem a cada profissional da equipe de Enfermagem (SANTOS et al., 2015).

5.4 Análise

5.4.1 Modelo Biomédico versus MAE

Diante de toda a caracterização da assistência prestada no setor hospitalar alvo do presente estudo, vê-se que o modelo biomédico ainda permeia a maioria dos cuidados de Enfermagem que são prescritos e executados. Dentre os inúmeros aspectos negativos inerentes à prática baseada neste modelo – relativos à visão essencialmente biológica e mecanicista do enfermeiro direcionada ao paciente –, destaca-se a falta de cientificidade própria da Enfermagem.

Entretanto, justamente por se tratar de um âmbito de alta complexidade, a qual se agrava nas unidades pediátricas, as atividades que devem receber atenção especial por parte dos enfermeiros são aquelas direcionadas às competências relacionais e humanitárias em detrimento da visão apenas biológica e da atuação mecanicista (CORREIO et al., 2015).

Práticas embasadas nas características que configuram o modelo biomédico não contribuem para a ampliação e consolidação de ações específicas e privativas do enfermeiro, comprometendo o avanço profissional, além de inviabilizar a incorporação de novos conhecimentos próprios da Enfermagem, dificultando, neste caso, um avanço disciplinar, avanços estes que são proporcionados por uma assistência fundamentada nas teorias de Enfermagem (BRANDÃO et al., 2019).

Ademais, este modelo é pautado pelo biologicismo, contentando-se apenas com a explicação unicausal da doença orgânica, que inclui a descoberta do seu fator desencadeador para o estabelecimento da cura (OTANI; BARROS, 2011). Este modelo, portanto, não considera e exclui a responsabilidade social demandada pela área da saúde, causando um afastamento entre profissionais, pacientes e suas famílias, contribuindo para o surgimento de problemáticas relacionadas à falta de inter-relação pessoal entre estes (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

Dessa forma, percebe-se que a falta de um MAE, que considere holisticamente os infantis dependentes de cuidados intensivos, atua como um fator de risco à predominância do modelo biomédico. As práticas assistenciais de enfermagem alicerçadas em modelos que

agregam os fundamentos das teorias de Enfermagem, centralizam o enfermeiro como o profissional ativo no processo de observar, analisar e implementar novos saberes à prática clínica (SANTOS et al., 2019). Além disso, prioriza o paciente como centro do cuidado, participante do processo de tomada de decisão no seu tratamento, como um ser dotado de aspectos não apenas fisiológicos, mas psicológicos e emocionais, com valores socioculturais e políticos, que deve ser visto e cuidado de maneira holística (GEROLIN; CUNHA, 2013).

Nesse contexto, sabe-se que as habilidades técnicas e a experiência e raciocínio clínicos fazem parte e são essenciais à formação do enfermeiro, entretanto, as responsabilidades social, política e humanitária inerente à ciência da Enfermagem são fundamentais para a prática assistencial, proporcionadas pelo aparato técnico-filosófico – característica principal dos modelos de prática profissional fundamentados em teorias de Enfermagem – que consolida a Enfermagem como ciência (BRANDÃO et al., 2019).

5.5 Conclusão

5. 5. 1 Benefícios da Proposição do MAE

Diante do que foi apresentado até este ponto do presente trabalho, conclui-se que o estabelecimento de um MAE pensado de maneira específica para a prestação de cuidados é de extrema relevância.

Além das características apresentadas anteriormente que tornam essencial a implementação de modelos assistenciais de Enfermagem, estudos demonstraram benefícios na prática clínica proporcionados por esta implementação. A SAE e o MAE operam em íntima associação durante o exercício da prática profissional e o gerenciamento do cuidado. A sistematização da assistência faz uso de métodos científicos que contribuem para as ações da prática profissional quanto ao seu método, pessoal e instrumento (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). O modelo assistencial, por sua vez, une um conjunto de estratégias que estruturam a prestação de cuidados, contribuindo para a sistematização (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016).

A avaliação dos efeitos no gerenciamento relacionados à utilização de um MAE acontece por meio da operacionalização do processo de enfermagem (PE), o qual integra a sistematização. A aplicação desse processo em ambientes complexos e que exigem maior atenção por parte dos profissionais, como é o caso das UTIP, permite uma assistência contínua

e uniforme (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012). Além disso, propicia uma linguagem universalizada, permitindo diagnósticos adequados e, conseqüentemente, intervenções e resultados satisfatórios (TAVARES et al., 2013).

Assim, a estruturação da assistência proporcionada pela instauração de um MAE permite consolidar nos aspectos técnico, social e político a institucionalização de novos princípios para a prática de Enfermagem, focados em cuidados essenciais para o estabelecimento de boa qualidade de vida para os cidadãos (LUCENA et al., 2006).

Nesse contexto são estabelecidos um ambiente ideal de cuidados, no qual percebe-se a autonomia dos enfermeiros, um aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão e os resultados dos clientes, gerando uma melhoria no desenvolvimento profissional e na relação estabelecida com os clientes (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016). A partir desses benefícios, constatou-se que o planejamento da assistência, viabilizado pelo estabelecimento de um modelo assistencial que contempla o processo de enfermagem, proporcionou um melhor diagnóstico das necessidades dos clientes (ANDRADE; VIEIRA, 2005) garantindo uma prescrição adequada dos cuidados, agregada à coerência e à continuidade dos mesmos (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016).

Assim, o ambiente ideal de cuidados, caracterizado pela institucionalização de um modelo de prática profissional, considera também o aprimoramento das tecnologias leves (LUCENA et al., 2006). O crescimento científico da Enfermagem é proporcionado tanto pelo aperfeiçoamento técnico quanto pela valorização das experiências e vivências humanas relativas ao processo saúde-doença, efetivando-se através do cuidado estruturado por um modelo assistencial e focado na comunicação e educação em saúde, a fim de atender às carências da população de modo condizente com a realidade vivida (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Modelos Assistenciais são então construídos com base nos parâmetros interpessoais e científicos da prática assistencial e norteados pelo processo de Enfermagem, o qual depende fortemente de uma coleta sistematizada dos dados dos clientes (NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013). A coleta de dados, configura a primeira etapa do PE, servindo de base para a identificação das necessidades do cliente, para a determinação dos diagnósticos condizentes e, conseqüentemente, a implementação dos cuidados necessários (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011). Sendo assim, para que a proposta de um modelo assistencial seja concretizada e ofereça uma sistematização para a prática profissional, deve-se estabelecer um

guia prático para a obtenção de informações objetivas acerca de todos os aspectos que os clientes apresentam, de modo a direcionar a coleta de dados e auxiliar na seleção dos mais significativos (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

O modelo assistencial permite que o gerenciamento do cuidado seja executado com alta qualidade, além de proporcionar autonomia do profissional, maior interação com o paciente e segurança nas tomadas de decisões (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016). Conclui-se, portanto, que por meio da implementação do MAE é possível elucidar os conhecimentos técnicos-científicos do profissional e nortear sua prática, de maneira a integrá-lo ativamente no cuidado do paciente, fato que permite definir o papel do enfermeiro na promoção da assistência (NÓBREGA et al., 2001).

5.6 Plano de Ação

5.6.1 Proposta do MAE para UTIP

Dessa forma, diante dos benefícios e da necessidade de um modelo assistencial que norteie a prática de Enfermagem, foram selecionadas teorias que caracterizam o modelo proposto no presente trabalho. As teorias selecionadas buscaram suprimir as falhas relativas não apenas ao aspecto de cura fisiológica, mas principalmente àqueles relacionados à frieza e mecanicidade da assistência realizada, decorrentes do modelo biomédico vigente, que acabam por distanciar o profissional dos pacientes. Nesse contexto, foi escolhida a Teoria Humanística – proposta por Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad – e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas – de autoria de Wanda Horta de Aguiar –, pois estas proporcionam a união entre a essencialidade humanística do cuidado de Enfermagem (SILVA et al., 2018) e os aspectos de tratamento fisiológico, também necessários à reabilitação biopsicossocial dos infantis (HORTA, 2011).

À luz destas teorias, o metaparadigma de Enfermagem oferece todo aparato necessário ao estabelecimento de um modelo assistencial que assegure a cientificidade do Processo de Enfermagem, tornando inerente a todas as suas etapas um olhar clínico dotado da tecnicidade requerida à complexidade das UTIP mas que prioriza o ser humano em todas as suas dimensões, com foco nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, desde à coleta de dados (MCEWEN; WILLS, 2016).

A partir dos princípios inerentes às teorias escolhidas, foram elaboradas as seguintes percepções para o metaparadigma de enfermagem:

a) *Pessoa*: à definição de pessoa em cada uma das teorias em questão, afirma-se que este campo do metaparadigma pode ser definido como seres humanos que vivem em constante contato com outros seres humanos – seja na família ou em âmbitos sociais e comunitários – e que este convívio molda todas as suas características que o fazem ser, incluindo os aspectos bio-psico-sócio-espirituais que estão presentes nas fases do seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade (SILVA et al., 2018). Além disso, inserido nessa descrição encontra-se o próprio profissional Enfermeiro, o qual exerce o papel de prevenir desequilíbrios humanos e suprir todas as necessidades básicas a fim de extingui-los caso ocorra (HORTA,2011);

b) *Saúde*: seguindo a mesma linha de raciocínio, as teóricas refutam a ideia de que saúde significa o antônimo de doença. Assim, saúde representa muito mais do que a ausência de enfermidades, sendo, na verdade, um estado de equilíbrio entre todos os aspectos formadores do ser – psicológicos, fisiológicos, emocionais, sociais e espirituais –, os quais são intensamente influenciados pelos relacionamentos desenvolvidos cotidianamente entre os seres (RODRIGUES; MARIA, 2009);

c) *Ambiente*: neste parâmetro, as teoristas convergem para uma defesa em comum: a ideia de que ambiente se configura como tudo aquilo que circunda o indivíduo e que, portanto, pode afetar o seu equilíbrio - tanto aspectos naturais como construídos -, incluindo a forte relação entre as interações sociais e o estado de saúde (HORTA,2011);

d) *Enfermagem*: A convergência entre as teoristas permanece no último componente do metaparadigma, defendendo-se que a Enfermagem atua como uma resposta confortadora de um indivíduo para outro durante um momento de necessidades, em busca do bem-estar; nesse contexto, a Enfermagem opera como uma ciência na qual se estabelece uma relação interpessoal especial direcionada à melhoria de um indivíduo com necessidades relativas ao processo saúde-doença (sendo este qualquer processo que afete o equilíbrio humano), enxergando-o não como partes fragmentadas, mas como um todo, todo este que é afetado por modificações que influenciam o mundo do indivíduo (GEORGE, 2000).

Assim, propõe-se um modelo assistencial estruturado a partir dos parâmetros do Metaparadigma de Enfermagem descritos acima. A lógica assistencial proposta por este modelo pretende nortear cuidados de enfermagem específicos para a descrição apresentada no que diz

respeito aos clientes, aos profissionais, ao ambiente de trabalho e à Enfermagem estabelecida em UTIP.

5.6.2 Construção do Instrumento de Coleta

O modelo assistencial proposto permitiu ainda a elaboração de um Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE C), direcionado ao perfil assistencial de Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, alvo do referido estudo. Este instrumento foi elaborado e estruturado de acordo com os conceitos centrais que envolvem o Metaparadigma de Enfermagem à luz das teorias Humanística e das Necessidades Humanas Básicas. Além disso, este instrumento foi organizado utilizando a nomenclatura *Nanda International Nursing diagnoses* – NANDA –, de modo a nortear os dados colhidos à determinação adequada dos principais diagnósticos de Enfermagem e posteriores intervenções e resultados, padronizados pelas nomenclaturas internacionais – propostos em seguida no presente estudo – e relativos à assistência prestada na UTIP em questão.

De forma a orientar a disposição de todos os elementos relevantes que devem constar no instrumento de coleta de dados, foi utilizada como base a classificação apresentada por Wanda Horta sobre as necessidades humanas, enquanto os aspectos relativos à Teoria Humanística permearam os elementos do instrumento relacionados às características psicológicas e emocionais (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação das Necessidades Humanas Básicas

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação Hidratação Eliminação Sono e Repouso Exercício e Atividade Física Sexualidade Abrigo Mecânica Corporal Motilidade Integridade Cutaneo-mucosa Integridade Física Regulação: - Térmica - Hormonal - Neurológica - Hidrossalina - Eletrolítica - Imunológica -Crescimento Celular - Vascular Locomoção Percepção: - Olfativa - Visual - Auditiva - Tátil - Gustativa - Dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou de filosofia de vida

Fonte: HORTA (2011), adaptado.

Assim, o instrumento é composto por quatro seções. A primeira seção refere-se à identificação dos dados biográficos, às informações relativas ao processo saúde-doença, à história da mãe, da gravidez e do parto, história neonatal, história do desenvolvimento e história socioeconômica, que constituem aspectos relevantes e influentes à saúde da criança.

A segunda seção foi destinada às necessidades psicobiológicas – que podem ser observadas no referido quadro –, contemplando todos os parâmetros incluídos por Horta neste primeiro tipo de necessidade; excetuou-se os parâmetros *crescimento celular* e *sexualidade*,

sendo justificada a ausência do primeiro por falta de informações na literatura e a falta do segundo explicada de acordo com o livro Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, o qual considera o campo sexualidade incluso apenas a partir da adolescência, e portanto, com início aos doze anos de idade, faixa etária não considerada no presente estudo (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Ainda sobre a composição da segunda seção, aglutinaram-se os parâmetros *hidratação*, *eliminação* (enquanto eliminação vesical), *regulação hidrossalina* e *regulação eletrolítica*, pois são aspectos fisiologicamente relacionados ao sistema urinário (BARBOSA, 2010; HOCKENBERRY; WILSON, 2014; SILVERTHORN, 2017). Além destes, foram reunidos em um único campo os parâmetros *exercício e atividade física*, *mecânica corporal* e *locomotoção*, todos referentes ao sistema musculoesquelético, segundo literatura (JARVIS, 2016).

Os parâmetros *integridade física*, *abrigo e ambiente* também foram alocados juntos por relacionarem-se às seguranças física e emocional necessárias à composição de um lar acolhedor e seguro onde a criança possa se desenvolver e aperfeiçoar seu potencial humano (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). E, por fim, ainda foram agrupados os parâmetros *motilidade* e *eliminação* (enquanto eliminação intestinal), ambos referentes ao sistema digestivo (BARBOSA, 2010).

É importante salientar que no campo referente ao parâmetro *integridade cutaneomucosa* foi incluída a Escala de Braden. Esta escala é referência no que diz respeito à avaliação de lesões por pressão, pois fornece referenciais teóricos que auxiliam na classificação dos estágios inerentes à estas, sendo, portanto, uma ferramenta essencial para avaliação do parâmetro em epígrafe (ARAÚJO et al., 2010). Além disso, foi mencionada recorrentemente nos relatórios sua utilização, demonstrando seu uso em larga escala diante das necessidades apresentadas pelos pacientes.

Ressalta-se a escolha de alocar o parâmetro *terapêutica* – relativa aos procedimentos direcionados ao tratamento curativo ou preventivo de doenças e manutenção da saúde e ainda relacionada aos instrumentos utilizados de acordo com a necessidade de saúde – em cada campo que permite e requer (a depender da necessidade de saúde do paciente) o uso de ferramentas terapêuticas presentes em UTI (DECS, 2019).

Destaca-se ainda que todas as sentenças que compõem as seções descritas estão de acordo tanto com as referências citadas acima quanto com os fatores relacionados aos diagnósticos presentes na NANDA-I.

No campo da regulação neurológica, foram utilizados indicadores presentes na literatura. Ainda neste campo, foram implementadas escalas responsáveis por representar um panorama mais completo da condição clínica do paciente, entre elas a Escala de Coma de Glasgow, que irá avaliar a função e dano cerebral quanto à profundidade e duração do coma (BARROS, 2016).

A Escala de Sedação de Ramsy, também inclusa no instrumento, objetiva examinar o nível de consciência dos pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (NAMIGAR et al., 2017). Outras duas escalas incluídas são a Escala de Morse, cuja análise classifica os riscos de queda dos pacientes (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014), e a Escala de Fugulin, a qual, através da verificação dos parâmetros, classifica os pacientes quanto às necessidades dos cuidados de Enfermagem (BRANDÃO et al., 2017).

Na terceira sessão, destinada às necessidades psicossociais, foram alocados parâmetros condizentes com os aspectos do campo *comunicação* por meio das referências reconhecidas nos tópicos de exame neurológico pelo livro *Anamnese & Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto* (BARROS, 2016), e na avaliação geral do *Guia de Exame Físico para Enfermagem* (JARVIS, 2016), associado às características definidoras encontradas na NANDA-I (INTERNACIONAL, 2018). Tais parâmetros e características estão relacionados a propriedades descritas no *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (HOCKENBERRY; WILSON, 2014), assim como nas demais literaturas citadas.

Em relação à terceira sessão, houve o agrupamento dos parâmetros *gregária e segurança emocional*, pois ambos, em sua definição, estão interligados em suas definições, assim como os parâmetros *liberdade e participação, amor e aceitação, lazer e recreação, autorrealização, autoestima e autoimagem*. (ANDRADE; MATTOS; VIEIRA, 2016). Outros pontos abordados nesse nível, como aprendizagem, espaço, criatividade e orientação no espaço e tempo, são de ausência justificada pela ínfima informação na literatura.

A quarta sessão do instrumento de coleta refere-se ao campo psicoespiritual. Religiosidade e espiritualidade mostram-se elementos que auxiliam de maneira incisiva no enfrentamento dos desequilíbrios ocorridos na saúde, além de potencializar a relação interpessoal entre o profissional da saúde e o indivíduo que busca o cuidado (PENHA; SILVA,

2012). Este campo, portanto, traz princípios definidos pela NANDA-I, os quais se apoiam-na literatura como importantes influências nas tomadas de decisão inseridas no ciclo saúde-doença daqueles que dependem de cuidados na UTIP analisada. (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

5.6.3 Levantamento dos principais diagnósticos, intervenções e resultados esperados da UTIP

Para que haja continuidade das etapas subsequentes do Processo de Enfermagem, elaborou-se uma lista em forma de quadro contendo os principais diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem presentes na Unidade em questão (APÊNDICE D). A construção da lista foi baseada nos dados mais recorrentes referentes à unidade de terapia intensiva pediátrica analisada, estando de acordo com a linguagem internacional, respectivamente, do *International Nursing diagnoses* – NANDA-I (INTERNACIONAL, 2018), *Nursing Interventions Classifications* –NIC (BULECHEK et al., 2016) e *Nursing Outcomes Classification* – NOC (MOORHEAD et al., 2016).

6 CONCLUSÃO

Diante das informações a respeito das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, da sua lógica de funcionamento e da assistência de Enfermagem – incluindo o perfil dos pacientes deste setor – foi construído um Modelo Assistencial voltado à Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, pautado sobre a óptica conceitual da Teoria Humanística e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O Metaparadigma de Enfermagem inerente a este modelo propõe uma lógica assistencial que considera a criança como um ser holístico, estando este em constante relação com o ambiente e com as pessoas que o cercam, os quais atuam como fatores que influenciam fortemente na sua condição bio-psico-sócio-espiritual e, portanto, na sua saúde.

Como produtos provenientes deste modelo, construiu-se ainda um instrumento de coleta de dados e uma lista contendo os principais diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem de acordo com as nomenclaturas internacionais NANDA-I, NIC e NOC, sendo ambos passíveis de validação. Estes produtos pretendem atuar facilitando a identificação dos diagnósticos mais presentes na unidade, segundo a NANDA e, conseqüentemente, padronizar as intervenções e resultados esperados dispostos nas nomenclaturas internacionais. A possibilidade de validação deixada pelo presente trabalho permite ainda estudos futuros sobre o tema, buscando-se, dessa forma, assegurar cada vez mais a qualidade da assistência de Enfermagem no setor em questão.

Dessa maneira, a implementação do modelo assistencial proposto, o qual contém o instrumento de coleta e a lista mencionada anteriormente, irá servir de base metodológica, científica e filosófica na execução do processo de enfermagem, contribuindo, assim, para a sistematização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Marcos Roberto de et al. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, p.115-132, maio 2011.
- ALVES, Albertisa Rodrigues et al. Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p.344-347, jun. 2007.
- ALVES, Maria Virginia Martins Faria Faddul et al. Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 2, p.294-301, abr. 2014.
- ANDRADE, Joseilze Santos de; MATTOS, Maria Cláudia Tavares de; VIEIRA, Maria Jésia. **Exigências de sistematização da assistência de enfermagem**. Aracaju: Coren, 2016.
- ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p.261-265, maio 2005.
- ARAÚJO, Cleide Rejane Damaso de et al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p.359-364, 23 jan. 2010.
- BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem, Florianópolis**, v. 23, n. 3, p.411-418, jun. 2015.
- BARBOSA, Adauto Dutra Moraes. **Semiologia Pediátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2010.
- BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BATISTA, Naycka Onofre Witt et al., Clinical-epidemiological profile of patients admitted to pediatric intensive care unit. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.2, p. 187-193, 2015.
- BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.617-628, nov. 2006.
- BORSATO, Fabiane Gorni et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p.527-533, 08 mar. 2011.
- BOUSSO, Regina Szyllit; POLES, Kátia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Nursing concepts and theories. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 48, n. 1, p.141-145, fev. 2014.
- BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes et al. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p.577-581, abr. 2019.

BRANDÃO, Maria Girlane Sousa Albuquerque et al. Dimensionamento de Enfermagem como ferramenta de Gestão do Serviço de Saúde. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 9, n. 4, p.2306-2310, 2017.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS: Óbitos por ocorrência segundo região**. 2017. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10uf.def>> Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: < http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 551/GM, de 13 de abril de 2005. **Requisitos Comuns para Unidades de Terapia Intensiva de Adultos do Mercosul**. In: Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0551_13_04_2005.html> Acesso em: 16 dez. 2018

BULECHEK, Gloria M. et al. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p.192-200, fev. 2012.

CARDOSO, Soraya Bactuli. **Perspectiva da enfermagem acerca da abordagem assistencial: o caso da unidade de terapia intensiva pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Coordenação Geral de Pós-graduação e Pesquisa, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, Werther B.; PEDREIRA, Mavilde L. G.; AGUIAR, Maria Augusta L. de. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p.495-498, 2005.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; LAUS, Ana Maria; CAMELO, Sílvia Henriques. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p.671-678, jul. 2012.

CINTRA, Josiane; DALBEM, Eloísa. **Comportamento organizacional**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório?** 2012. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html >. Acesso em: 17 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009**. 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html >. Acesso em: 07 nov. 2018.

COSTA-DIAS, Maria; FERREIRA, Pedro; OLIVEIRA, Alexandre. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIV, n. 2, p.7-17, jun. 2014.

CORREIO, Renata Andrea Pietro Pereira Viana et al. Desvelando Competências do ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA. **Enfermagem em Foco**, v. 6, n. 1/4, p.46-50, 2015.

DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Aplicação dos conceitos da teoria humanística numa unidade de queimados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p.78-85, abr. 2009.

DESCRIPTORIOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 2018. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em: 21 nov. 2018.

DESCRIPTORIOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 2019. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em: 15 ago. 2019.

FERTONANI, Hosanna Patrig. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.20, n.6, p. 1869-78, Rio de Janeiro, 2015.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p.188-193, mar. 2009.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

GEROLIN, Fátima Silvana Furtado; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos Assistenciais na Enfermagem - Revisão de Literatura. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p.33-36, 2013.

GIBBS, Graham. Learning by doing: **A guide to teaching and learning methods**. 1 ed. Oxford, UK: Oxford Centre for Staff and Learning Development, Oxford Brookes University, 2013.

GIOLITO, Paula Carvalho Barbosa de Oliveira.; QUELUCI, Gisella de Carvalho. A problematização no ensino do registro de Enfermagem em pediatria: um estudo descritivo. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 9, p. 7732-4, 2015.

- GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. Aplicação da teoria de Paterson e Zderad conforme a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 8, n. 6, p.1709-1716, jun. 2014.
- GUEDES, Danila Maria Batista; ROSSATO, Lisabelle Mariano; OLIVEIRA, Eloíde André. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, v. 5, n. 3, p.476-485, 1 out. 2015.
- GUEDES, Danila Maria Batista; SANTOS, Luana Cardinale dos; OLIVEIRA, Eloíde André. Intervenções de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 11, n. 1, p.102-111, jan. 2017.
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- INTERNACIONAL, Nanda. **NANDA: International nursing diagnoses**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- JARVIS, Carolyn. **Guia de exame físico para enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- LANETZKI, Camila Sanches et al. The epidemiological profile of Pediatric Intensive Care Center at Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.16-21, mar. 2012.
- LÉLIS, Ana Luiza Paula de Aguiar; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Phases of humanistic theory: analysis of applicability in research. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 4, p.1113-1122, dez. 2014.
- LÚCIO, Ingrid Martins Leite; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 42, n. 1, p.173-180, mar. 2008.
- LUCENA, Amália de Fátima et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 40, n. 2, p.292-298, 2006.
- MARQUES, Daniela Karina Antão; MOREIRA, Gerlane Ângela da Costa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de horta. **Rev. Enferm. UFPE Online**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p.481-488, 1 out. 2008.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Artmed Editora, 2016.
- MELO, Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de et al. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p.432-439, jun. 2014.
- MELO, Luciana de Lione; SANTOS, Michelle Schneider dos; DURAN, Erika Christiane Marocco. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes. **Rev Enferm Ufpe Online**, Recife, v. 1, n. 8, p.2342-2349, 15 jul. 2014.

MERCÊS, Cláudia Angélica Mainenti Ferreira; ROCHA, Ruth Mylius. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.470-475, jan. 2006.

MENDONÇA, Juliana Guimarães de et al. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p.907-916, mar. 2019.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes et al. Nursing theories in professional training and practice: perception of postgraduate nursing students. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, p.1-8, 19 jun. 2018.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto et al. Caracterização das Internações em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.3, p. 630-638, 2009.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC: Classificação do Resultados de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 43, n. 3, p.639-646, set. 2009.

MOTTA, Fernando Claudio Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria Geral da Administração**. 2. ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 2011.

NAMIGAR, Turgut et al. The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation. **Brazilian Journal Of Anesthesiology**, v. 67, n. 4, p.347-354, jul. 2017.

NETO, José Melquiades Ramalho; FONTES, Wilma Dias de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p.535-542, ago. 2013.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; BARROS, Ana Lucia Botura Leite de. Modelos Assistenciais Para a Prática de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.74-80, jan./mar. 2001.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p.871-880, mar. 2016.

OLIVEIRA, André Luiz Gomes de. **Diagnósticos e intervenções de Enfermagem em pediatria**: manual de orientação. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de; VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 49, n. 1, p.30-36, fev. 2015.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p.1801-1811, mar. 2011.

- PENHA, Ramon Moraes; SILVA, Maria Júlia Paes da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.260-268, jun. 2012.
- PESSALACIA, Juliana Dias Reis et al. Atuação da equipe de enfermagem em UTI pediátrica: um enfoque na humanização. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p.410-418, set. 2012.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POTTER, Patrícia A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RIBEIRO, Cristina Gomes; SILVA, Carla Viviane Nunes Soares; MIRANDA, Matilde Meire. O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p.371-377, dez. 2005.
- RIBEIRO, Olga; MARTINS, Maria; TRONCHIN, Daisy. Nursing professional practice models: an integrative literature review. **Revista de Enfermagem Referência**, serIV, n. 10, p.125-134, set. 2016.
- ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p.1019-1025, dez. 2012.
- RODRIGUES, Ana L.; MARIA, Vera L. R. Teoria das Necessidades Humanas Básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm. UFPR**. v.14, nº2, abr.-jun. 2009.
- SANTOMÉ, Letícia Medeiros et al. Children hospitalized due to maltreatment in the ICU of a Public Health Service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p.1420-1427, 2018.
- SANTOS, Bruna Pegorer et al. The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p.566-570, abr. 2019.
- SANTOS, Danilo Marcelo Araujo dos et al. Demandas de atenção do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva neonatal, pediátrica e geral. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p.837-845, 18 dez. 2015.
- SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p.355-358, abr. 2011.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.29-41, abr. 2007.
- SILVA, Alexandre Vicente da et al. Plantão de escuta: uma aplicação da Teoria Humanística no processo clínico de enfermagem. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 26, p.33586-33591, 5 out. 2018.

SILVA, Amanda Benício da. **Instrumentos para implementação do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SILVEIRA, Isolda Pereira da; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p.78-84, jan. 2007.

TAVARES, Tatiana Silva et al. Evaluation of the implementation of the systematic organization of nursing care in a pediatric ward. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p.287-295, 2013.

TORQUATO, Isolda Maria et al. Assistência humanizada à criança hospitalizada: percepção do acompanhante. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 7, p.5541-5549, 9 set. 2013.

VALERA, Ingrid Mayara Almeida et al. Registros de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátrica: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, v. 16, n. 2, p.152-158, jun. 2017.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2013.

APÊNDICE B - Carta de Autorização para Coleta de Dados

À chefia do Departamento de Enfermagem, Prof.^a Dra. Andréia Centenaro Vaez

Solicitamos vossa autorização para a utilização de relatórios construídos durante o Estágio Supervisionado dos graduandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe arquivados durante o período de 2013 a 2018. Estes relatórios servirão de base para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**Construção de um Modelo Assistencial de Enfermagem Para Unidades De Terapia Intensiva Pediátrica**”, sob orientação da Prof.^a Dra. Eliana Ofélia Llapa Rodriguez, que possui como objetivo propor um modelo assistencial de Enfermagem direcionado ao referido setor.

Esclarecemos que esta solicitação é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, de modo direto ou indireto, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, dessa forma, nos comprometemos a preservar a privacidade dos envolvidos na proposta.

Desde já, agradecemos o apoio e a compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento do projeto em anexo.

Atenciosamente,

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliana Ofélia Llapa Rodriguez

Acadêmica de Enfermagem: Anna Beatriz Lopes Tavares

Acadêmica de Enfermagem: Caroline Stefany Menezes Ferreira Araujo

Prof.^a Dra. Eliana Ofélia Llapa Rodriguez

Anna Beatriz Lopes Tavares

Caroline Stefany Menezes Ferreira Araujo

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados – Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas

1. DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: _____ Nome do Responsável (especificar): _____

Número de Telefone do Responsável: _____ Endereço Atual: _____

Endereço Anterior: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Sexo Biológico: F ☐ M ☐ Etnia: _____

Ocupação: _____ Data de Admissão: ____/____/____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A (S) QUEIXA (S) PRINCIPAL (IS)

Diagnóstico (s) Médico (s): _____ Fonte da Anamnese: _____

Motivos para procurar Assistência: _____

Antecedentes Pessoais: - Doenças da Infância _____

- Acidentes ou Lesões _____

- Doenças Graves ou Crônicas _____

- Hospitalizações e Cirurgias _____

- Imunizações Passadas e Pendentes _____

- Alergias _____

- Medicamentos em Uso _____

3. HISTÓRIA DA MÃE, DA GRAVIDEZ E DO PARTO

MÃE - Idade _____ Naturalidade _____ Etnia _____ Consanguinidade ☐

Abortos ☐ quantos _____ como _____ por quê _____

Etilismo ☐ Tabagismo ☐ Drogas Ilícitas ☐ Realizou o Pré-natal ☐ durante _____ meses com início em ____/____/____ quantas consultas _____

realizou exames de rotina ☐ Em Processo de Amamentação ☐ / Já Amamentou: com leite próprio ☐ de outra parturiente ☐ banco de leite ☐ / Leite Artificial ☐
especificar _____

GRAVIDEZ - Infecções ☐ quais _____ Hemorragias ☐ Acidentes ☐ Uso de meios diagnósticos (p. ex. radiografias) ☐ Uso de Medicamentos ☐ quais _____ Condições de trabalho _____

Alimentação _____ Repouso _____

PARTO – Normal ☐ Cesáreo ☐ Local de realização _____

Quem realizou: profissional da saúde ☐ outro ☐ especificar _____ Tempo até a concretização _____ horas

Complicações ☐ especificar _____ Uso de Medicamentos ☐

quais _____ Complicações no Puerpério ☐ especificar _____

Uso de Medicamentos no Puerpério ☐ quais _____

4. HISTÓRIA NEONATAL: Nascimento: pré termo ☐ a termo ☐ pós termo ☐ Ao nascer: chorou naturalmente ☐ manobras de reanimação ☐

Anomalias Congênitas ☐ especificar _____ Ocorrência de: cianose ☐ icterícia ☐ taquipneia ☐ paralisias ☐ hemorragias ☐
convulsões ☐ disfagia ☐ dificuldade de sucção ☐ anemia ☐ anorexia perinatal ☐

5. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO: Idades em que: sustentou a cabeça _____ sentou _____ engatinhou _____ andou _____ falou _____ início da dentição _____
introdução de alimentos além do leite _____ e quais _____

Ocorrência de: hiperatividade ☐ agressividade ☐ negativismo e isolamento ☐ má escolaridade ☐

6. HISTÓRIA SOCIOECONÔMICA: Ocupação do Pai _____ Ocupação da Mãe _____

Renda Familiar _____ salários-mínimos Moradia: cômodos arejados ☐ entrada de luz solar ☐ úmida ☐ há conforto e segurança ☐

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

OXIGENAÇÃO

1. Inspeção Torácica: - Simétrico ☐ - Assimétrico: Unilateral ☐ Bilateral ☐ - Peito de Pombo ☐ - Tórax em Barril ☐ - Tórax em Sino ☐ - Tórax em Funil ☐

2. Palpação do Tórax:

- Expansibilidade Simétrica ☐ - Expansibilidade Assimétrica ☐ - Frêmito Aumentado ☐ - Frêmito Diminuído ☐ - Frêmito Tátil Simétrico ☐

3. Percussão do Tórax - Som Claro Atimpânico ☐ - Timpanismo ☐ - Hipersonoridade ☐ - Sumacicez ☐ - Macicez ☐

4. Ausculta:

- Murmúrios Vesiculares: presentes ☐ ausentes ☐ diminuídos ☐ - Broncofonia ☐ - Gemidos ☐ - Ressonância Vocal ☐

- Ruídos Adventícios: roncos ☐ sibilos ☐ estertores crepitantes ☐ estertores subcrepitantes ☐ atrito ☐ - estridor ☐ *especificar o lado em que foram auscultados os ruídos: esquerdo ☐ direito ☐

5. Frequência e Ritmos Respiratórios: _____ irpm

- Taquipneia ☐ - Bradipneia ☐ - Dispneia ☐ - Hiperventilação ☐ - Hipoventilação ☐ - Ritmo de Cantani ☐ - Ritmo de Cheyne-Stockes ☐ - Ritmo de Kussmaul ☐

- Ritmo de Biot ☐ - Crises de Apneia ☐

6. Outros:

Obstrução Nasal ☐ - Coriza ☐ - Desvio de Septo ☐ - Palidez ☐ - Lábio cianótico ☐ - Epistaxe ☐

7. Tosse e Secreção - Tosse: - sim ☐ - não ☐ - frequente ☐ - noturna ☐ - esporádica ☐ - seca ☐ - produtiva ☐ - Secreção: serosa ☐ sanguinolenta ☐ mucosa ☐ purulenta ☐ mucopurulenta ☐

8. Terapêutica nasal: ☐ O₂ _____ l/min - Máscara de Venturi: ☐ _____ % - Tubo orotraqueal ☐ - Traqueostomia: ☐ nº _____ tempo: _____

- Dreno de Tórax: esquerdo ☐ direito ☐ bilateral ☐ - Curativo para Dreno de Tórax ☐ trocado às _____ h - Tenda Facial ☐ - CPAP ☐ - Trach Care ☐

- Ventilação Mecânica: modo A/C ☐ modo SIMV ☐ modo PSV ☐ - Saturação de Oxigênio _____ % - Máscara com Bolsa de Reserva de Oxigênio ☐

- Máscara Facial Sem Reinalação ☐ - Máscara Facial de Reinalação Parcial ☐ - Máscara Facial de Reinalação Total ☐

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA E ELIMINAÇÃO VESICAL

1. Depleção de Água:

- Sede constante ☐ - Fadiga ☐ - Pele e mucosas secas ☐ - Fraca Perfunção ☐ - Turgor Cutâneo Diminuído ☐ - Perda de Peso ☐ - Débito Urinário Reduzido ☐
- Vômitos ☐ - Diarreia ☐ - Fístula ☐ - Drenagem Nasogástrica ☐ - Uso excessivo de diuréticos ☐ - Restrição hídrica ☐ de _____ ml/24h
- Sem Restrição Hídrica ☐ - Ingesta Hídrica Habitual _____ ml / 24h

2. Urina

- Incolor ☐ - Hematúria ☐ - Colúria ☐ - Piúria ☐ - Oligúria ☐ - Anúria ☐ - Poliúria ☐ - Estrangúria ☐ - Polaciúria ☐ - Nictúria ☐ - Disúria ☐
- Presença de Grumos ☐ - Odor Particular ☐ - Turva ☐ - Densidade Aumentada ☐ - Densidade Diminuída ☐

3. Achados Laboratoriais

- Hematócrito aumentado ☐ - Eletrólitos séricos aumentados: Na ☐ K ☐ Ca ☐ Mg ☐ Cl ☐ - Bicarbonato sérico reduzido ☐ - Volume urinário variável ☐
- Osmolaridade sérica elevada ☐ - Proteinúria ☐ - Glicosúria ☐ - Corpos Cetônicos ☐ - Bilirrubina ☐ - Nitrito ☐ - Hiponatremia ☐ - Hipernatremia ☐
- Hipercalemia ☐ - Hipocloremia ☐ - Hiperclorémia ☐ - Hipobicarbonatemia ☐ - Hiperbicarbonatemia ☐ - Hipocalcemia ☐ - Hipercalemia ☐
- Hipomagnesemia ☐ - Hiper magnesemia ☐ - Alterações na concentração de Fósforo ☐ - Ureia ____ - Creatinina ____

4. Terapêutica:

- Eliminação urinária: _____ ml/h - Espontânea ☐ - Não espontânea: - SVD ☐ Instalada em: ____/____/____ - Cistostomia ☐ Hemodiálise ☐ _____ ml/min
- Diálise Peritoneal ☐ _____ ml/h - Terapia de substituição renal contínua ☐

TERMORREGULAÇÃO

- T = _____ C° - Pele Quente ☐ - Pele fria ☐ - Normotermia ☐ - Afebril ☐ - Febrícula ☐ - Hiperpirexia ☐ - Sudorese ☐ - Calafrio ☐

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

FC: ____ P.A: ____

1. Avaliação Cardíaca:

- Normocardia ☐ - Bradicardia ☐ - Taquicardia - Impulso Apical Palpável ☐ - Bulhas Normofonéticas ☐ - Bulhas Hipofonéticas ☐ - Bulhas Hiperfonéticas ☐
- Rítmico ☐ - Arrítmico ☐ - Sopros Cardíacos ☐

2. Exame do Sistema Vascular:

- Pulso Carotídeo: normal ☐ diminuído ☐ aumentado ☐ - Sopro Carotídeo ☐ - Pulsação Temporal Presente ☐ - Rede Venosa Visível ☐
- Pulsos Periféricos Diminuídos ☐ - Ausência de Pulsos Periféricos ☐ - Tempo de Enchimento Capilar: _____
- Cianose de extremidades ☐ : localização _____

3. Terapêutica:

- Cateter Venoso Periférico ☐ : localização e data de instalação _____
- Cateter Venoso Central ☐ : localização e data de instalação _____
- Sem Condições de Acesso Periférico ☐ - Flebite ☐ : localização _____ - Infiltração ☐ : localização _____
- Sinais flogísticos ☐ : quais e localização _____ - Bomba de Infusão: ☐ _____ ml/h

REGULAÇÃO HORMONAL

- Baixa Estatura para a Idade ☐ - Sinais de Puberdade Precoce ☐ - Atraso de Fechamento de Fontanelas: anterior ☐ posterior ☐ - Tireoide Aumentada ☐
- Glicemia ____: elevada ☐ diminuída ☐

- 1. Terapêutica:** - Reposição de GH ☐ - Faz uso de outros hormônios? ☐ Qual (is)? _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

1. ESTADO MENTAL:

- Consciente ☐ - Orientado ☐ - Linguagem Preservada ☐ - Mudanças Emocionais Repentinhas ☐ - Memória Preservada ☐
 - Alteração na Memória: de curto prazo ☐ de longo prazo ☐ - Apático ☐ - Sonolento ☐ - Torporoso ☐ - Comatoso ☐ - Episódio de delírio ☐

2. REFLEXOS PRESENTES:

- Palpebral ☐ - Plantar ☐ - Sinal de Babinski ☐ - Pupilar ☐ - Pupilas: anisocóricas ☐ isocóricas ☐ midríase ☐ miose ☐

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura Ocular (O)	Pontuação	Resposta Verbal (RV)	Pontuação	Resposta Motora (RM)	Pontuação
ESPONTÂNEA	4	ORIENTADO	5	OBEDECENDO A COMANDOS	6
AO ESTÍMULO VERBAL	3	CONFUSO	4	LOCALIZANDO	5
À PRESSÃO	2	PALAVRAS	3	FLEXÃO NORMAL	4
NENHUM	1	SONS	2	FLEXÃO ANORMAL	3
NÃO TESTÁVEL	NT	NENHUMA	1	EXTENSÃO	2
-TOTAL:				NENHUMA	1

ESCALA DE RAMSAY

Descrição	Escore
ANSIOSO, AGITADO, INQUIETO	1 <input type="checkbox"/>
COOPERATIVO, ORIENTADO, TRANQUILO	2 <input type="checkbox"/>
RESPONDE APENAS A COMANDOS	3 <input type="checkbox"/>
RESPOSTA RÁPIDA A LEVE ESTÍMULO GLABELAR OU ESTÍMULO AUDITIVO ALTO	4 <input type="checkbox"/>
RESPOSTA LENTA A LEVE ESTÍMULO GLABELAR OU ESTÍMULO AUDITIVO	5 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE FUGULIN

GRAU DE COMPLEXIDADE	4	3	2	1
ESTADO MENTAL	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e espaço	Orientação no tempo e espaço
OXIGENAÇÃO	Ventilação mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara e cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
SINAIS VITAIS	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle em intervalos de 8 horas
MOTILIDADE	Incapaz de movimentar qualquer seguimento corporal; mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais; mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimento	Movimento de todos os segmentos corporais
DEAMBULAÇÃO	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
ALIMENTAÇÃO	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Oral através de auxílio	Auto-suficiente
CUIDADO CORPORAL	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermeira	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
ELIMINAÇÃO	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminação no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
TERAPÊUTICA	Uso de drogas vasoativas para manutenção da p.a.	E.v contínua ou através de sonda nasogástrica	E.v intermitente	I.m. ou v.o.

TOTAL:_____

-Cuidados mínimos= 9 a 14 -Alta Dependência= 21 a 26 -Cuidados Semi-Intensivo= 27 a 31 -Cuidados Intensivos= acima de 31

ESCALA DE MORSE

PONTUAÇÃO

1. HISTÓRICO DE QUEDAS

☐ = 25

2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

☐ = 15

3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NENHUM/ ACAMADO/ AUXILIADO POR PROFISSIONAL DA SAÚDE

☐ = 0

4. MULETAS/ BENGALAS/ ANDADOR

☐ = 15

5. MOBILIÁRIO/ PAREDE

☐ = 30

6. TERAPIA ENDOVENOSA/ DISPOSITIVO ENDOVENOSO SALINIZADO OU HEPARINIZADO

☐ = 20

7. MARCHA NORMAL/ SEM DEAMBULAÇÃO, ACAMADO, CADEIRA DE RODAS

☐ = 0

8. FRACA

☐ = 10

9. COMPROMETIDA/ CAMBALEANTE

☐ = 20

10. ESTADO MENTAL ORIENTADO/ CAPAZ QUANTO À SUA CAPACIDADE/ LIMITAÇÃO

☐ = 0

11. SUPERESTIMA CAPACIDADE

☐ = 15

TOTAL_____: RISCO: ALTO ≥ 45 MÉDIO= 25 A 44 BAIXO= 0 A 24

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

PERCEPÇÃO

1. Olfativa:

- Olfato Preservado ☐ - Olfato Comprometido ☐

2. Visual:

- Acuidade Visual Normal ☐ - Acuidade Visual Comprometida ☐ - Uso de Lentes Corretivas ☐ - Presença de Processos Inflamatórios/infecciosos ☐

3. Auditiva:

- Audição Preservada ☐ - Audição Deficiente ☐ - Zumbido ☐ - Presença de Processos Inflamatórios/infecciosos ☐ - Uso de prótese auditiva ☐

4. Tátil e Dolorosa:

- Sensação Tátil Presente ☐ - Sensação Térmica Presente ☐ - Anestesia ☐ - Hipoestesia ☐ - Dor Superficial Presente ☐ - Hipoalgesia ☐ - Hiperalgesia ☐
- Analgesia ☐ - Percepção à Vibração Presente ☐ - Apalestesia ☐ - Estereognosia Preservada ☐

5. Gustativa: - Paladar Preservado ☐ - Paladar Alterado ☐

EXERCÍCIO, ATIVIDADE FÍSICA, LOCOMOÇÃO E MECÂNICA CORPORAL

- Deambula ☐ - Deambula com Ajuda ☐ - Restrito ao Leito ☐ - Ausência de Movimentação ☐ - Movimenta-se com ajuda ☐ - Atrofia Muscular ☐
- Fraqueza Muscular ☐ - Ausência de Coordenação Motora ☐ - Dores Musculares ☐ - Capacidade Prejudicada de Andar ☐
- Enrijecimento das Articulações ☐ : especificar _____ - Marcha Anormal ☐ - Dispneia ao Esforço ☐
- Movimentos Lentos ☐ - Redução nas Habilidades Motoras ☐ - Instabilidade Postural ☐ - Anomalias Esqueléticas ☐ - Escoliose ☐ - Lordose ☐ - Cifose ☐
- Fraturas Ósseas ☐ : especificar _____

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

MOTILIDADE E ELIMINAÇÃO INTESTINAIS

1. Abdome:

- Plano ☐ - Globoso ☐ - Semigloboso ☐ - Distendido ☐ - Escavado ☐ - Ondas Peristálticas Visíveis ☐ - Cicatriz Umbilical: normal ☐ evertida ☐ retraída ☐
- Ruídos Hidroaéreos: normais ☐ hipoativos ☐ hiperativos ☐ - Visceromegalia ☐ - Dor abdominal ☐ - Pirose ☐ - Ascite

2. Eliminação:

- Frequência das evacuações retais ____/dia - Fezes ressecadas ☐ - Dor à Evacuação ☐ - Coloração _____
- Fezes diarreicas: pastosas ☐ semipastosas ☐ semilíquidas ☐ líquidas ☐ - Esteatorreia ☐ - Presença de Resíduos Alimentares ☐ - Presença de Muco ☐
- Presença de Pus ☐ - Corpos Estranhos ☐ - Presença de Sangue ☐ - Regurgitação ☐ - Vômitos: alimentares ☐ aquosos ☐ mucosos ☐ biológicos ☐ borráceos ☐ fecaloides ☐ purulentos ☐ sanguíneos ☐

3. Dieta

- Peso: ____ kg - Altura: ____m - Peso Normal ☐ Sobrepeso ☐ Obesidade ☐ - Desnutrição ☐ - Relato de Perda Ponderal ☐ - Perda de peso ☐
- Aumento de peso ☐ - Caquexia ☐ - Appetite: normal ☐ aumentado ☐ diminuído ☐ - Tipo de dieta _____
- Restrição Alimentar ☐ _____ - Deglutição Regular ☐ - Disfagia ☐

4. Terapêutica: - SNE ☐ - SNG ☐ - Uso de Fraldas ☐ - Gastrostomia ☐ - Jejunostomia ☐ - Curativo para Gastrostomia ☐ trocado às ____h

- Curativo para Jejunostomia ☐ trocado às ____h - Colostomia ☐ - Bolsa de Colostomia ☐ instalada em ____/____/____ - NPT ☐: instalada em ____/____/____
- Bomba de Infusão ☐ ____ml/h

INTEGRIDADE FÍSICA, AMBIENTE E ABRIGO

- Condições de moradia: área urbana ☐ área rural ☐ casa ☐ apartamento ☐ com saneamento básico ☐ sem saneamento básico ☐
- Quanto ao Aspecto Casa: palafita ☐ alvenaria ☐ pau a pique ☐ - Mudança de um ambiente para outro ☐ - Sistema de apoio insuficiente ☐
- Separação prolongada dos pais ☐ - Temperamento conflitante com as expectativas dos pais ☐

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

INTEGRIDADE CUTANEOMUCOSA

1. Pele:

- Palidez ☐ - Cianose ☐ - Icterícia ☐ - Edema ☐ - Linfadenopatia: localizada ☐ , especificar: _____ ou generalizada ☐
- Lesões: hiperocrômica ☐ hipocrômica ☐ acrômica ☐ - Eritema ☐ - Pápula ☐ - Nódulo ☐ - Bolhas ☐ - Ulceração ☐ - Dermatite de fraldas ☐ - Escabiose ☐
- Dermatite seborreica ☐ - Hemangioma Cutâneo ☐ - Turgor Diminuído ☐ - Descamação ☐ - Prurido ☐ - Petéquias ☐ - Hematoma
- Lesão por pressão ☐ : estágio _____ local _____ - Localização da (s) alteração (ções):

2. Anexos:

- Hipotricose ☐ - Hipertricrose ☐ - Alopecia ☐ - Hirsutismo ☐ - Paroníquia ☐ - Baqueteamento Digital ☐ - Leitos Ungueais Cianóticos ☐

3. Mucosa Ocular:

- Conjuntiva e Esclera Normocoradas ☐ - Conjuntiva Hiperemiada ☐ - Esclerite ☐ - Icterícia Escleral ☐ - Cianose Palpebral ☐ - Secreção ☐

4. Mucosa Nasal:

- Coloração Avermelhada ☐ - Superfície Lisa e Úmida ☐ - Edema ☐ - Secreção ☐ - Lesões ☐ - Sangramento ☐ - Palidez ou Acinzentamento ☐

5. Mucosa Oral:

- Rósea, macia e úmida ☐ - Gengiva Coral ☐ - Gengiva Hemorrágica ☐ - Boas Condições de Higiene Oral

6. Terapêutica:

- Curativo para LPP ☐ - Mudança de Decúbito ☐ horário _____ - Uso de talco ☐ - Terapia Tópica ☐ , qual? _____ - Medicamentos ☐ , quais?

ESCALA DE BRADEN				
PONTUAÇÃO	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE	Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE	Acamado: Confinado a cama.	Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado	Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE	. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinhos.	Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.

NUTRIÇÃO	Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	

TOTAL: _____ Risco: Muito Alto = 6 a 9; Alta = 10 a 12; Moderado = 13 a 14; Baixo Risco = 15 a 18; Sem risco = 19 a 23

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO

- Interage com a Equipe de Saúde ☐ - Não Interage com a Equipe de Saúde ☐ - Interage com Familiares ☐ - Não Interage com Familiares ☐
- Participação Inadequada ao Cuidado ☐

AMOR E ACEITAÇÃO

- Separação prolongada dos pais ☐ -Emoções reprimidas ☐ -Diminuição da disponibilidade de apoio emocional ☐ -Afeto triste ☐

LAZER E RECREAÇÃO

- Viagem ☐ - Cinema ☐ - TV ☐ - Leitura ☐ - Jogos Esportivos ☐ - Jogos Eletrônicos ☐ - Atividade de Recreação Insuficiente ☐ - Barreira Ambiental ☐
- Energia Insuficiente ☐ - Mobilidade Prejudicada ☐ - Uso de Brinquedos Terapêuticos ☐ quais? _____

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

CRENÇA RELIGIOSA

- Barreira ambiental à prática da religião ☐ - Sofrimento espiritual ☐ - Angústia por separação de uma comunidade religiosa ☐
- Raiva direcionada a poder maior que o próprio ☐ - Privação sociocultural ☐ - Exposição à morte ☐ - Questionamento do sentido da vida ☐
- Questionamento do sentido do sofrimento ☐ - Busca assistência espiritual na internação ☐

APÊNDICE D - Principais Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem – Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
•Ventilação espontânea prejudicada	-Administração de Medicamentos; -Aspiração de Vias Aéreas; -Apoio Emocional; -Assistência Ventilatório: controle acidobásico (acidose e alcalose respiratória) -VM não invasiva: prevenção de pneumonia, controle de energia, controle de infecção, controle de vias aéreas; -Controle das vias aéreas artificiais: controle do ambiente -Monitoração da respiração: oxigenoterapia, posicionamento, precauções contra aspiração, proteção contra infecção, redução da ansiedade, reposição volêmica, ressuscitação cardiopulmonar, supervisão da pele, técnica para acalmar.	-Troca gasosa. -Ventilação.
•Padrão respiratório ineficaz	-Administração de Medicamentos: nasal; -Aspiração de Vias Aéreas; -Controle das Vias Aéreas: artificiais; -Assistência Ventilatória; -Controle da Anafilaxia; -Controle da Asma: controle da ventilação mecânica: invasiva, não invasiva; prevenção de pneumonia; -Controle de Alergias; -Controle de Vias Aéreas: desmame da ventilação mecânica, estimulação da tosse, monitoração de sinais vitais; -Monitoração Respiratória: oxigenoterapia, redução da ansiedade, supervisão, redução da ansiedade, supervisão	-Ventilação.

•Desobstrução ineficaz das vias aéreas	-Administração de Medicamentos: inalatória; -Controle da Asma -Assistência Ventilatória; -Aspiração de vias aéreas; -Controle da Ventilação Mecânica: invasiva, não invasiva; -Controle de Vias Aéreas: controle de vias aéreas artificiais, desmame da ventilação mecânica; -Estimulação da Tosse: fisioterapia respiratória, inserção e estabilização de vias aéreas artificiais, monitoração de sinais vitais; -Monitoração Respiratória: oxigenoterapia, posicionamento, precauções contra aspiração, redução da ansiedade, ressuscitação cardiopulmonar, supervisão.	-Permeabilidade das vias aérea.
•Troca de gases prejudicada	- Controle Acidobásico: acidose metabólica, alcalose metabólica, acidose respiratória, alcalose respiratória; -Monitoração Acidobásica; -Oxigenoterapia; -Testes Laboratoriais à Beira do Leito; -Controle da Ventilação Mecânica: invasiva, não invasiva;	-Troca gasosa.
•Deglutição prejudicada	-Aspiração de Vias Aéreas; -Posicionamento; -Precaução contra aspiração: relaxamento muscular progressivo; supervisão; terapia de deglutição	-Estado da Deglutição: fase esofágica, fase faríngea, fase oral.
•Risco de aspiração	-Aspiração de Vias Aéreas; -Controle da Sedação; -Controle de Vias Aéreas; -Posicionamento; -Controle do Vômito; -Controle de Vias Aéreas Artificiais; -Fisioterapia Respiratória; -Estimulação da Tosse; -Terapia de Deglutição; -Precauções contra Aspiração; -Monitoração Neurológica; -Monitoração Respiratória;	-Permeabilidade das vias aéreas. -Troca gasosa. -Ventilação.

•Comunicação verbal prejudicada	-Apoio à Tomada de Decisão; -Controle da Demência; - Treinamento da memória; -Controle de Medicamentos; -Controle do Ambiente; -Presença; -Escuta Ativa: intermediação cultural; -Redução da ansiedade; --Toque; -Melhora da Comunicação: déficit auditivo; déficit da fala; déficit visual;	-Comunicação: expressão e recepção.
•Integridade da membrana mucosa oral prejudicada	-Assistência no Autocuidado; -Controle da Nutrição; -Manutenção da Saúde Oral; -Controle Hídrico; -Restauração da Saúde Oral; -Promoção da Saúde Oral;	-Integridade Tissular: pele e mucosas. -Saúde Oral.
•Integridade da pele prejudica	-Administração de Medicamentos: tópica; -Banho; -Controle da Pressão; -Controle de Medicamentos; -Controle de Prurido; -Controle Hidroeletrolítico; -Cuidados com a Tração/Imobilização; -Cuidado Perineal; -Cuidados com Úlceras por Pressão; -Cuidados com Ostomias; -Cuidados com Lesões: drenagem fechada, lesão que não cicatriza, queimaduras;	Integridade Tissular: pele e mucosas.
•Risco de integridade da pele prejudica	-Administração de Medicamentos: tópica; -Banho; -Conduta da Radioterapia; -Controle da Nutrição; -Supervisão da Pele; -Terapia Nutricional; -Controle da Pressão: controle de distúrbios alimentares, de infecção, de prurido, cuidado perineal, cuidados circulatórios(insuficiência venosa), cuidados com a tração/imobilização, cuidados circulatórios (insuficiência arterial), cuidados com cateter (linha umbilical), cuidados com lesões, com o local de incisão, com o repouso no leito, com os pés, com ostomias, cuidados da pele (tratamentos tópicos), cuidados na amputação na incontinência intestinal, na identificação de risco, imobilização, monitoração das extremidades inferiores, posicionamento (intraoperatório), precauções circulatórias, precauções no uso de artigos de látex. - Prevenção de Úlceras por Pressão: proteção contra infecção, supervisão;	-Integridade Tissular: pele e mucosas.

•Risco de termorregulação ineficaz	-Controle de Edema Cerebral; -Monitoração de Sinais Vitais; -Precauções contra Hipertermia Maligna; -Regulação da Temperatura: perioperatória;	-Controle de Medicamentos; -Controle Hídrico; -Controle do Ambiente; -Tratamento da Febre;	-Termorregulação.
•Risco de trauma vascular	-Controle de Alergias; -Punção Venosa; -Controle de Dispositivo de Acesso Venoso Central; -Manutenção de Acesso para Diálise; -Terapia Endovenosa (EV): monitoração hemodinâmica invasiva, administração de medicamentos, cuidados com o cateter central de inserção periférica (picc), punção de vaso cateterizado (amostra de sangue), identificação de risco, supervisão da pele;		-Acesso para hemodiálise.
•Risco de sangramento	-Controle da Quimioterapia; -Cuidados Pós-Parto -Ensino: medicamentos Prescritos; -Redução do Sangramento: gastrointestinal, nasal, ferimento;	-Controle de Medicamentos; -Identificação de Risco; -Supervisão;	-Estado circulatório. -Gravidade da perda de sangue.
•Risco de infecção	-Amnioinfusão; -Cuidado Perineal; -Cuidados na Amputação; -Monitoração Nutricional; -Prescrição de Medicamentos; -Controle de Doenças Transmissíveis; -Controle de Imunização/Vacinação; -Controle de Infecção: transoperatória; -Cuidados com Cateteres: linha umbilical; ; -Cuidados com Úlceras por Pressão -Cuidados com Lesões: drenagem fechada; queimaduras;	-Prevenção de Úlceras por Pressão; -Identificação de Risco; -Controle de Medicamentos; -Terapia Nutricional; -Controle da Nutrição; -Supervisão da Pele; -Proteção contra Infecção; -Melhora do Enfrentamento; -Cuidados da Pele; -Promoção e restauração da Saúde Oral;	-Gravidade da infecção.

<p>•Débito cardíaco diminuído</p>	<p>-Administração de Medicamentos;</p> <p>-Controle Acidobásico: acidose metabólica, acidose respiratória, alcalose metabólica, alcalose respiratória;</p> <p>-Controle de Eletrólitos: hipercalcemia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipermagnesemia, hipernatremia, hipocalcemia, hipocalemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia, hiponatremia;</p> <p>-Controle de Energia; -Controle de Medicamentos;</p> <p>-Controle de Vias Aéreas; -Controle Hidroeletrolítico;</p> <p>-Controle do Choque: cardiogênico, hipovolêmico;</p> <p>-Cuidados Cardíacos: fase aguda (reabilitação, equipamento de suporte circulatório mecânico, insuficiência arterial, insuficiência venosa), gerenciamento do protocolo de emergência, monitoração acidobásica, monitoração de eletrólitos, monitoração de sinais vitais;</p> <p>-Monitoração Hemodinâmica Invasiva: monitoração hídrica, neurológica, respiratória, oxigenoterapia, prevenção do choque;</p> <p>-Regulação Hemodinâmica: Ressuscitação cardiopulmonar, terapia por hemodiálise;</p>	<p>-Efetividade da bomba cardíaca</p>
<p>•Risco de desequilíbrio eletrolítico</p>	<p>-Controle da Diarreia; -Controle da Náusea;</p> <p>-Controle de Distúrbios Alimentares; -Controle de Eletrólitos;</p> <p>-Controle de Medicamentos; -Controle do Vômito;</p> <p>-Controle Hidroeletrolítico; -Identificação de Risco;</p> <p>-Monitoração de Eletrólitos: monitoração hídrica, reposição volêmica, supervisão;</p>	<p>-Equilíbrio eletrolítico.</p>

•Distúrbio no padrão de sono	-Administração de Medicamentos; -Controle de Medicamentos; -Controle do Ambiente: conforto; -Fototerapia: regulação do humor/sono; -Prescrição de Medicamentos;	-Aumento da Segurança; -Controle da Demência; -Melhora do Sono; -Posicionamento;	-Sono.
•Eliminação urinária prejudicada	-Controle de Medicamentos; -Cuidados na Incontinência Urinária: enurese; -Cuidados na Retenção Urinária; -Exercícios para a Musculatura Pélvica; -Monitoração Hídrica; -Prescrição de Medicamentos;	-Controle do Pessário; -Controle Hídrico; -Irrigação Vesical; -Micção Induzida; -Sondagem Vesical;	-Eliminação urinária.
•Diarreia	-Controle da Nutrição; -Controle Hídrico; -Controle Intestinal; -Cuidado Perineal; - Monitoração Hídrica; -Supervisão da Pele;	-Controle de Medicamentos; -Controle Hidroeletrólítico; -Monitoração de Eletrólitos; -Cuidados com Ostomias; -Prescrição de Medicamentos;	-Continência intestinal. -Eliminação intestinal.
•Mobilidade física prejudicada	-Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária, transferência; -Controle da Dor; -Controle do Ambiente; -Cuidados com a Tração/Imobilização; -Cuidados com o Repouso no Leito; -Posicionamento: cadeira de rodas, neurológico; -Promoção de Exercício: alongamento, treino para fortalecimento; -Terapia com Exercício: controle muscular, deambulação, equilíbrio, mobilidade articular	-Controle de Energia; -Controle do Humor; -Ensino: Exercício Prescrito;	-Mobilidade.

•Motilidade gastrointestinal disfuncional	-Administração de Medicamentos; -Controle da Náusea; -Controle do Vômito; -Cuidados com Sondas: gastrointestinais; -Redução da Flatulência;	-Controle da Diarreia; -Controle de Medicamentos; -Controle Intestinal; -Planejamento da Dieta; -Sondagem Gastrointestinal;	-Eliminação intestinal.
•Mobilidade no leito prejudicada	-Promoção da Mecânica Corporal: vestir; -Promoção do Exercício: alongamento; -Terapia com Exercício: mobilidade articular, controle muscular; -Alimentação; -Cuidados com Cabelos e Couro Cabeludo; -Manutenção da Saúde Oral; -Cuidado Perineal; -Posicionamento: neurológico;	-Banho; -Cuidados com os Pés; -Cuidados com as Unhas; -Transferência -Ensino: exercício prescrito;	-Posicionamento do Corpo: auto iniciado.
•Dor aguda	-Acupressão; -Administração de Analgésicos: intraespinal; -Administração de Medicamentos: endovenosa (EV), intramuscular (IM), oral; -Aplicação de calor/frio; -Controle do Ambiente: conforto; -Estimulação Cutânea; -Prescrição de Medicamentos; -Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS);	-Administração de Anestesia; -Controle da Dor; -Controle da Sedação; -Controle do Prolapso Retal; -Redução da Ansiedade; -Redução das Flatulências;	-Controle da Dor.

<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de impotência 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoio Emocional; -Assistência quanto a Recursos Financeiros; -Construção de Relação Complexa; -Esclarecimento de Valores; -Estabelecimento de Metas Mútuas; -Facilitação da Autorresponsabilidade; -Fortalecimento da Autoestima; -Orientação quanto ao Sistema de Saúde; -Proteção dos Direitos do Paciente; -Controle do Humor; -Presença; -Promoção de Esperança; -Reestruturação Cognitiva; -Melhora da Autopercepção; -Facilitação da Aprendizagem; -Treinamento da Assertividade; -Melhora do Sistema de Apoio; -Redução do Estresse por Mudança; 	<ul style="list-style-type: none"> -Crenças de Saúde: controle percebido. -Crenças de Saúde: habilidade percebida de desempenho.
<ul style="list-style-type: none"> •Risco de solidão 	<ul style="list-style-type: none"> -Redução da Ansiedade; -Modificação do Comportamento: habilidades sociais; -Construção de Relação Complexa; -Melhora do Enfrentamento; -Apoio Emocional; -Promoção da Integridade Familiar; -Promoção do Envolvimento Familiar; -Manutenção do Processo Familiar; -Facilitação do Processo de Pesar; -Controle do Humor; -Redução do Estresse por Mudança; -Fortalecimento da Autoestima; -Melhora do Sistema de Apoio; -Treinamento da Assertividade; -Apoio ao Cuidador; -Aconselhamento; -Controle de Energia; -Controle do Ambiente; -Mobilização Familiar; -Apoio Familiar; -Promoção de Esperança; -Presença; -Melhora da Autopercepção; -Melhora da Socialização; -Facilitação da Visita; 	<ul style="list-style-type: none"> -Gravidade da solidão. -Nível de ansiedade social.

•Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> -Apoio à Proteção contra Abuso: infantil; -Construção de Relação Complexa; -Controle do Comportamento: habilidades Sociais; -Fortalecimento da Autoestima; -Melhora da Autopercepção; -Melhora da Socialização; -Melhora da Imagem Corporal; -Promoção da Integridade Familiar; -Melhora do Desenvolvimento: adolescente, criança; -Promoção do Envolvimento Familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> -Aconselhamento; -Apoio Emocional; -Presença; -Facilitação da Visita; -Terapia Recreacional; -Promoção de Esperança; -Controle do Ambiente; -Promoção da Normalidade; -Redução do Estresse por Mudança; 	-Envolvimento Social.
•Risco de baixa autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> -Aconselhamento; -Apoio Emocional; -Controle do Humor; -Controle do Peso; -Grupo de Apoio; -Melhora do Papel; -Terapia de Grupo; -Melhora da Imagem Corporal; -Melhora do Enfrentamento; -Preparação para o Nascimento; -Redução do Estresse por Mudança; -Facilitação da Autorresponsabilidade; -Melhora do Desenvolvimento: adolescente, criança; 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoio à Proteção contra Abuso; -Tratamento para o Uso de Drogas; -Facilitação do Processo de Culpa; -Esclarecimento de Valores; -Facilitação do Processo de Pesar; -Fortalecimento da Autoestima; -Melhora da Autopercepção; -Promoção da Resiliência; -Modificação do Comportamento; -Prevenção do Uso de Drogas; -Treinamento da Assertividade; 	-Autoestima.

•Risco de síndrome do estresse por mudança	-Escuta Ativa; -Aconselhamento; -Controle do Delírio; -Apoio Emocional; -Mobilização Familiar; -Apoio Familiar; -Promoção de Esperança; -Aumento da Segurança; -Melhora da Autoeficácia; -Melhora do Sono;	-Assistência no Controle da Raiva; -Promoção do Envolvimento Familiar; -Facilitação da Autorresponsabilidade; -Facilitação do Processo de Pesar; -Estabelecimento de Metas Mútuas; -Proteção dos Direitos do Paciente; -Melhora do Sistema de Apoio; -Melhora da Socialização; -Facilitação da Visita -Apoio Espiritual;	-Adaptação à mudança. -Adaptação da criança à hospitalização. -Adaptação Psicossocial: mudança de vida. -Disposição para a Alta: vida independente.
•Pesar	-Aconselhamento; -Apoio Familiar; -Assistência no Controle da Raiva; -Manutenção do Processo Familiar; -Melhora do Enfrentamento; -Melhora do Sistema de Apoio; -Orientação Antecipada; -Promoção da Integridade Familiar; -Promoção de Esperança;	-Apoio Emocional; -Assistência ao Morrer; -Dizer a verdade; -Escuta Ativa; -Melhora do Sono; -Presença; -Registro de Ações; -Toque; -Terapia de Recordações;	-Resiliência familiar. -Resolução do pesar. -Resposta comunitária ao luto
•Envolvimento em atividades de recreação diminuído	-Arteterapia; -Estabelecimento de Metas Mútuas; -Terapia Socioambiental; -Facilitação da Autorresponsabilidade; -Fortalecimento da Autoestima; -Terapia de Recordações;	-Musicoterapia; -Terapia com Animais; -Brinquedo Terapêutico; -Facilitação da Visita; -Melhora da Socialização;	-Participação em brincadeiras. -Participação no lazer

•Medo	-Aconselhamento; -Apoio à Tomada de Decisão; -Aumento da Segurança; -Informações Sensoriais Preparatórias; -Melhora do Enfrentamento -Redução da Ansiedade; -Reestruturação Cognitiva;	-Apoio Emocional; -Assistência em Exames; -Controle do Ambiente; -Intervenção na Crise; -Toque; -Presença; -Técnica para acalmar;	-Autocontrole do medo.
•Ansiedade	-Orientação Antecipada; -Assistência em Exames; -Aumento da Segurança; -Redução do Estresse por Mudança; -Controle da Demência: banho, deambulação;	-Técnica para acalmar; -Presença; -Terapia de Validação; -Tratamento para o Uso de Drogas;	-Autocontrole da ansiedade.
• Distúrbio na imagem corporal	-Aconselhamento; -Assistência no Autocuidado; -Cuidados com Lesões: queimaduras; -Esclarecimento de Valores; -Facilitação do Processo de Pesar; -Fortalecimento da Autoestima; -Melhora da Imagem Corporal; -Melhora do Enfrentamento; -Redução da Ansiedade; -Orientação aos Pais: educando os Filhos; -Melhora do Desenvolvimento: adolescente, criança;	-Apoio Emocional; -Controle da Dor; -Controle do Peso; -Escuta Ativa; -Grupo de Apoio; -Melhora da Autopercepção; -Melhora da Socialização; -Melhora do Sistema de Apoio; -Terapia de Grupo; -Presença;	-Imagem corporal

•Distúrbio na identidade pessoal	-Aconselhamento; -Apoio à Tomada de Decisão; -Controle de Alucinações; -Estabelecimento de Metas Mútuas; -Facilitação da Autorresponsabilidade; -Fortalecimento da Autoestima; -Orientação Antecipada; -Melhora do Desenvolvimento: adolescente, criança;	-Controle da Demência; -Controle do Humor; -Ensino: Sexualidade; -Intermediação Cultural; -Intervenção na Crise; -Melhora da Imagem Corporal; -Prevenção do Uso de Drogas;	-Autopercepção e identidade.
•Enfrentamento familiar comprometido	-Apoio à Proteção contra Abuso: infantil; -Cuidados durante o Repouso do Cuidador; -Construção de Relação Complexa; -Facilitação da Aprendizagem; -Facilitação da Presença da Família; -Promoção da Integridade Familiar; -Orientação quanto ao Sistema de Saúde; -Promoção do Envolvimento Família; -Apoio ao Cuidador: apoio ao sustento, emocional, espiritual;	-Apoio Familiar; -Grupo de Apoio; -Mobilização Familiar; -Melhora do Enfrentamento; -Melhora do Sistema de Apoio; -Promoção da Normalidade;	-Apoio da família durante o tratamento. -Desempenho do cuidador: cuidados diretos e indiretos. -Enfrentamento familiar. -Normalização da família.
•Conforto prejudicado	-Administração de Medicamentos; -Assistência na Automodificação; -Aumento da Segurança: controle da demência, controle da demência (banho), controle da dor; -Controle do Ambiente: intermediação cultural, melhora da autoeficácia, melhora do sistema de apoio, posicionamento, redução da ansiedade, técnica para acalmar, terapia de relaxamento;	-Apoio Espiritual;	-Estado de Conforto.

•Processos familiares interrompidos	-Aconselhamento; -Facilitação da Presença da Família; -Melhora do Enfrentamento; -Melhora do Sistema de Apoio; -Orientação quanto ao Sistema de Saúde; -Promoção da Normalidade; -Promoção da Resiliência; -Apoio Familiar: Assistência quanto a Recursos Financeiros; -Melhora do Desenvolvimento: adolescente, criança; -Promoção da Integridade Familiar;	-Apoio Emocional; -Intervenção na Crise; -Melhora do Papel; -Mobilização Familiar; -Terapia Familiar;	-Adaptação do cuidador à institucionalização do paciente. -Disposição do cuidador para o cuidado domiciliar. -Funcionamento familiar. -Normalização da família. -Resiliência familiar.
•Conflito no papel pai/mãe	-Aconselhamento; -Apoio à Proteção contra Abuso: infantil; -Ensino: procedimento/tratamento; -Facilitação da Presença da Família; -Fortalecimento da Autoestima; -Plano de Alta; -Promoção da Integridade Familiar: promoção da paternidade/maternidade;	-Apoio Familiar; -Apoio à Tomada de Decisão; -Intervenção na Crise; -Melhora da Socialização; -Melhora do Enfrentamento; -Terapia Familiar;	-Desempenho dos pais.
•Risco de paternidade ou maternidade prejudicada	-Apoio à Proteção contra Abuso: infantil; -Promoção de Vínculo; -Melhora do Enfrentamento; -Melhora da Disposição para Aprender; -Melhora da Compreensão da Saúde; -Melhora do Desenvolvimento: adolescente, criança;	-Orientação Antecipada; -Apoio ao Cuidador; -Apoio à Tomada de Decisão; -Controle do Humor; -Facilitação da Aprendizagem;	-Desempenho dos Pais.

<p>•Proteção ineficaz</p>	<p>-Assistência no Autocuidado; -Controle da Pressão; -Controle da Sensibilidade Periférica; -Controle de Distúrbios Alimentares; -Controle de Imunização/Vacinação; -Cuidados com o Local de Incisão; -Melhora do Enfrentamento; -Precauções no Uso de Artigos de Látex; -Supervisão: eletrônica remota;</p>	<p>-Assistência Ventilatória; -Controle da Quimioterapia; -Controle de Infecção; -Cuidado de Emergência; -Cuidados com Lesões; -Identificação de Risco; -Monitoração Respiratória; -Proteção contra Infecção; -Terapia com Exercício: deambulação, equilíbrio;</p>	<p>-Comportamento de promoção da saúde. -Controle de Riscos.</p>
<p>•Risco de tensão no papel do cuidador</p>	<p>-Assistência no Controle da Raiva; -Controle do Comportamento; -Controle de Energia; -Assistência quanto a Recursos Financeiros; -Orientação quanto ao Sistema de Saúde; -Assistência para Manutenção do Lar; -Promoção da Normalidade; -Cuidados durante o Repouso do Cuidador; -Orientação aos Pais: adolescentes, educando os filhos; -Prevenção do Uso de Drogas; -Ensino: processo da doença, indivíduo, dieta prescrita, exercício prescrito, medicamentos prescritos;</p>	<p>-Orientação Antecipada; -Melhora do Enfrentamento; -Apoio Familiar; -Controle do Humor; -Identificação de Risco; -Melhora do Papel; -Promoção da Resiliência; -Grupo de Apoio;</p>	<p>-Desempenho do cuidador: cuidados diretos e indiretos. -Desempenho dos pais. -Resistência no papel de cuidador.</p>

•Risco de sofrimento espiritual	-Escuta Ativa; -Redução da Ansiedade; -Melhora do Enfrentamento; -Apoio à Tomada de Decisão; -Facilitação do Processo de Pesar; -Promoção de Esperança e da resiliência; -Redução do Estresse por Mudança; -Melhora da Autopercepção; -Controle do Comportamento: habilidades sociais;	-Orientação Antecipada; -Mediação de Conflitos; -Intermediação Cultural; -Apoio Emocional; -Facilitação do Perdão; -Assistência ao Morrer; -Controle da Dor; -Identificação de Risco;	-Saúde Espiritual.
•Resiliência prejudicada	-Assistência no Controle da Raiva; -Controle do Comportamento; -Fortalecimento da Autoestima; -Melhora do Enfrentamento; -Tratamento para o Uso de Drogas;	-Facilitação do Processo de Culpa; -Controle do Humor; -Melhora da Socialização; -Promoção da Resiliência;	-Resiliência Pessoal.
•Desesperança	-Apoio à Tomada de Decisão; -Controle de Energia; -Construção de Relação Complexa; -Esclarecimento de Valores; -Facilitação do Crescimento Espiritual; -Melhora do Enfrentamento;	-Apoio Emocional; -Controle do Humor; -Melhora do Sono; -Terapia de recordações -Presença; -Melhora da Socialização;	-Energia Psicomotora. -Esperança.

•Risco de religiosidade prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> -Redução da Ansiedade; -Intermediação Cultural; -Controle do Ambiente; -Facilitação do Processo de Pesar; -Facilitação do Processo de Culpa; -Estímulo para Rituais Religiosos; -Facilitação do Crescimento Espiritual; -Melhora do Sistema de Apoio; 	<ul style="list-style-type: none"> -Melhora do Enfrentamento; -Controle de Energia; -Facilitação do Perdão; -Promoção de Esperança; -Controle do Humor; -Controle da Dor; -Apoio Espiritual; -Aumento da Segurança; 	-Estado de Conforto: psicoespiritual, saúde espiritual.
•Resiliência prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> -Assistência no Controle da Raiva; -Controle do Comportamento; -Fortalecimento da Autoestima; -Melhora do Enfrentamento; -Tratamento para o Uso de Drogas; 	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitação do Processo de Culpa; -Controle do Humor; -Melhora da Socialização; -Promoção da Resiliência; 	-Resiliência Pessoal.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de um Modelo Assistencial de Enfermagem para Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas

Pesquisador: ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16383419.2.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.507.072

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1212617.pdf, postado em 27/06/2019).

Introdução:

Modelos Assistenciais de Enfermagem (MAE) são definidos como representações da realidade de atuação da Enfermagem sob diferentes ópticas e atuam como constructos teóricos que permite ao profissional enfermeiro prever e comunicar suas ações profissionais, além de propiciar os fundamentos para a realização de cuidados seguros, eficazes e com foco no cliente (RIBEIRO, 2016). Estes modelos oferecem perspectivas sobre quem são os clientes, o que verdadeiramente é a saúde, qual o papel do enfermeiro e sobre qual ambiente suas ações serão exercidas (NÓBREGA; BARROS, 2001). Os MAE atuam de modo a auxiliar os outros profissionais a assimilarem o seu indispensável e complexo papel e a diferença que proporcionam à qualidade de vida dos clientes e na sustentabilidade das instituições (RIBEIRO, 2016). Como peças importantes nesse processo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como o Processo de Enfermagem (PE), possibilitam uma assistência de qualidade por parte da equipe de Enfermagem. Sabe-se que os cuidados de enfermagem, por sua vez, são guiados pelo método científico e utilizam-se de

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)3194-7208

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.507.072

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Res. CNS 466/2012 e 510/2016).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1368783.pdf	27/06/2019 15:07:56		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	27/06/2019 14:57:53	ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	16/06/2019 20:07:56	ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriza.pdf	16/06/2019 20:06:12	ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/06/2019 20:01:06	ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa1662019.pdf	16/06/2019 19:59:50	ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	16/06/2019 19:58:52	ELIANA OFELIA LLAPA RODRIGUEZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 14 de Agosto de 2019

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br